NOUVELLE ENCYCLOGRAPHIE

DES

SCIENCES MÉDICALES.

Liste des Journaux reproduits ou consultés pour la rédaction de l'Encyclographie.

JOURNAUX BELGES.

Annales de la Société des sciences médicales et naturelles de Bruxelles.
Annales de la Société de médecine de Gand.
Annales de la Société de médecine d'Anvers.
Annales de la Société de médecine de la province d'Anvers.
Annales de la Société médico-chirurgicale de Verviers.
Annales de la Société de médecine de Verviers.
Annales de la Société des sciences médicales et naturelles de Malines.

JOURNAUX FRANÇAIS.

Annales médico-psychologiques.
Annales de thérapeutique de Rognetta.
Annales d'hygiène publique et de médecine lég.
Annales des maladies de la peau.
Archives générales de médecine.
Bulletin de thérapeutique.
Bulletin médical de Bordeaux.
Bulletin des Académies.
Clinique de Montpellier.
Gazette médicale de Paris.
Gazette des hôpitaux.
Gazette médicale de Montpellier.
Gazette médicale de Strasbourg.
Journal de médecine et de chirurgie de Toulouse.
Journal de médecine et de chirurgie pratiques.
Journal des connaissances médicales.
Journal des connaissances médico-chirurgicales.
Journal de médecine de Lyon.
Journal de médecine de Nantes.
Journal de médecine de M. Trousseau.
Journal de chirurgie de M. Malgaigne.
Journal de chimie médicale.
Journal de la Société de médecine de Montpellier.
Revue médicale.

NOUVELLE ENCYCLOGRAPHIE

DES

SCIENCES MÉDICALES,

PUBLIÉE PAR

UNE SOCIÉTÉ DE MÉDECINS.

1re PARTIE.

ARCHIVES

DE LA MÉDECINE BELGE ET REVUE DES JOURNAUX BELGES.

2me PARTIE.

BULLETIN

DE L'ACADÉMIE ROYALE DE MÉDECINE DE BELGIQUE.

3me PARTIE.

REPRODUCTION

ET REVUE DES JOURNAUX ÉTRANGERS.

JUIN 1846. — 7me SÉRIE. — T. VI.

Bruxelles,

IMPRIMERIE ET LIBRAIRIE DE N.-J. GREGOIR, EDITEUR,

FOSSÉ-AUX-LOUPS, 66.

1846.

SOMMAIRE DES ARTICLES CONTENUS DANS CE VOLUME.

Archives de la médec. belge, p. 105-128.

Bulletin de l'Académie royale de médecine de Belgique.

II. HYGIÈNE, DIÉTÉT., PHARMAC. ET TOXIC.
Hygiène. 1. *Revue* 40.

IV. PATHOL., THÉRAPEUT. ET CLINIQ. MÉDIC.
Pathologie interne. 2—6. *Revue* 21—24.
Thérapeut. 7—9. *Revue* 25—27, 41, 42.

V. ACCOUCHEM., MAL. DES FEM. ET DES ENF.
Accouchem. 10. *Revue* 28.
Maladies des femmes. 11. *Revue* 29.
Maladies des enfants. 12.

VI. CHIRURG., ORTHOPÉD. ET OPHTHALMOL.
Pathologie externe. 13, 14. *Revue* 43.
Médecine opératoire. 15. *Rev.* 30—35.
Ophthalmologie. 16. *Revue* 36—38.

IX. Mal. syphilitiques. 17—19.

Sociétés savantes, pag. 185—239.

Notice bibliographique. 39.

Bulletin bibliographique. p. 284—292.

Mélanges. 20.

ARCHIVES

DE LA

MÉDECINE BELGE.

(JUIN 1846.)

MÉMOIRE SUR L'OPHTHALMIE GONORRHOÏQUE;

Par le docteur FRÉD. HAIRION, professeur d'Ophthalmologie à l'Université catholique, médecin de bataillon, chargé de la direction de l'Institut ophthalmique de l'armée, établi à l'hôpital militaire de Louvain, etc.

(Suite : *voir le n° d'avril* 1846, p. 366.)

Citons quelques faits à l'appui des opinions que nous venons d'émettre :

OBS. I.— Van Aud..... (J.-B.), soldat, 28 ans, tempérament lymphatique, constitution profondément détériorée, entré au service en 1831, contracta deux fois la gale et deux fois la maladie syphilitique : chancres et bubons. En 1833, il éprouva une première atteinte d'ophthalmie dont il fut traité à l'hôpital militaire d'Anvers, pendant un mois. Dans la nuit du 21 au 22 novembre 1841, étant de garde, il fut atteint de nouveau d'une ophthalmie, pour laquelle il reçut des soins pendant plusieurs jours à l'infirmerie ophthalmique du régiment ; mais son état s'étant empiré, il entra à l'hôpital militaire de la ville où il se trouvait en garnison. Après un séjour de 11 mois, pendant lesquels des saignées générales et locales, la cautérisation et l'excision des conjonctives, des collyres, des pommades, furent employés sans résultat, ainsi qu'un vésicatoire et un séton, le malade fut dirigé sur l'Institut ophthalmique de Louvain, où il entra le 1er novembre 1842, dans l'état suivant :

La vue est complétement abolie : les cornées sont épaissies, propulsées, rouges, fongueuses, comme le reste de la muqueuse, de la surface de laquelle suinte une matière puriforme abondante et épaisse. Les conjonctives palpébrales inférieures et supérieures sont recouvertes de granulations végétantes ; il y a de la photophobie, du blépharospasme et des douleurs sus-orbitaires violentes avec exacerbation le soir. La constitution est profondément altérée.

Le malade est soumis à un régime tonique et fortifiant ; en même temps nous cherchons à tarir la suppuration abondante des conjonctives par la cautérisation avec la solution concentrée de nitrate d'argent, les collyres chlorurés et astringents, et nous combattons les douleurs sus-orbitaires par

les frictions camphrées et opiacées. Six semaines de ce traitement n'apportent aucune amélioration ni dans l'état général ni dans l'état local du malade ; la suppuration semble même devenir plus abondante et les végétations pulluler sous l'action du caustique. A cette époque, nous découvrons à la partie inférieure et externe de la jambe droite un ulcère d'aspect syphilitique, de l'étendue d'un centime, et accompagné de gonflement du périoste sous-jacent. Le malade est soumis aussitôt au traitement anti-syphilitique général, sous l'influence duquel cet ulcère guérit rapidement. La constitution s'améliore ; mais l'état des organes oculaires reste le même.

Au 20me jour du traitement, des signes d'irritation gastro-intestinale se manifestent, ce qui nous oblige à suspendre l'emploi des préparations mercurielles. Bientôt l'état général du malade s'aggrave de nouveau, et, quoi que nous fassions, il maigrit et dépérit de jour en jour : la fièvre s'allume, il survient de la diarrhée, etc.

Le 15 mai 1843. Nous appliquons sur les conjonctives de la matière purulente recueillie chez un malade atteint d'ophthalmie purulente de l'armée ; cette inoculation n'est suivie d'aucun résultat, non plus que trois autres que nous pratiquons successivement, à plusieurs jours d'intervalle, avec de la matière prise chez différents individus atteints également d'ophthalmie purulente.

Le 30. L'état du malade continuant à empirer, nous nous décidons à porter sur les conjonctives de la matière gonorrhoïque provenant d'un écoulement urétral au 20me jour. Cinquante heures après l'inoculation, le malade commence à se plaindre d'une douleur cuisante dans les paupières, qui, bientôt après, se tuméfient, rougissent, et deviennent le siége, ainsi que l'œil, d'une sensation et d'un travail indéfinissables ; mais, un peu plus tard, la sécrétion, qui avait été suspendue un instant, reparaît plus épaisse, verdâtre et abondante : l'inflammation des conjonctives et des paupières acquiert une grande intensité, et il survient de la réaction générale. En même temps, nous remarquons au-devant des oreilles, à la hauteur du tragus, une petite tumeur, douloureuse à la pression, avec rougeur légère de la peau. Tous ces symptômes augmentent pendant huit jours, puis restent stationnaires trois ou quatre jours ; alors survient spontanément une amélioration qui fait des progrès rapides. Bientôt, sous l'influence de la cautérisation, la suppuration de l'œil diminue, les paupières se dégorgent, la cornée se dessine de plus en plus, les végétations s'effacent. Peu de temps après, la fièvre cesse, l'appétit reparaît, les forces se relèvent, les joues se colorent, l'embonpoint renaît, et, le 31 octobre, le malade sort de l'hôpital dans un état plus satisfaisant que la gravité de sa maladie ne pouvait le faire espérer. En effet, la constitution est parfaitement rétablie, les conjonctives ne sont plus le siége d'aucun travail morbide, et les cornées, bien que légèrement propulsées, ont cependant repris assez de transparence pour permettre au malade de distinguer les gros objets et de se promener dans des endroits connus. Tant qu'aux ganglions pré-auriculaires, ils conservaient, à la sortie du malade, le volume d'un gros pois, étaient très-durs, mobiles et complétement indolents.

Ce malade est celui qui a servi aux expériences d'inoculation dont nous avons parlé précédemment (1) : au quatrième jour de la ré-

(1) Voir *Archives*, t. I, avril 1846, p. 373,

crudescence de l'ophthalmie, du pus ayant été recueilli de l'œil et appliqué, au moyen d'une sonde, dans le canal de l'urètre de l'individu même et du nommé S... , soldat au 2me régiment de lanciers, en traitement à la salle des vénériens pour des chancres primitifs, il se déclara chez l'un et l'autre malade, le lendemain de l'inoculation, un écoulement urétral avec engorgement des ganglions lymphatiques des aines : ces écoulements furent abandonnés à eux-mêmes. Au 18me jour seulement de l'invasion, après que les symptômes inflammatoires furent appaisés, nous administrons le baume de copahu : deux prises suffirent pour arrêter l'écoulement chez Van Aud.... Le nommé S.... continua l'usage de cette substance pendant trois jours encore ; après quoi des injections furent pratiquées dans le canal de l'urètre avec une solution légère de nitrate d'argent : la deuxième injection mit fin à l'écoulement.

Obs. II.— Dep..... (Augustin), soldat au 1er régiment de chasseurs à pied, 29 ans, tempérament lymphatique, entré au service en 1843, en qualité de remplaçant, contracta au mois de mars 1845 une ophthalmie aux deux yeux : traité pendant huit jours à l'infirmerie régimentaire, il fut ensuite envoyé à l'hôpital.

Traitement : Laudanum en frictions au pourtour de l'orbite ; six cautérisations à l'œil droit, pommades, collyres, applications de sangsues, cataplasmes sur l'œil, etc. Enfin, après un traitement de plusieurs mois, dans les détails duquel il est inutile d'entrer, le malade est dirigé sur l'Institut, où il entre le 11 juillet 1845 : il est dans un état de faiblesse remarquable ; il a la face bouffie et infiltrée ; la peau est d'un jaune sale et terne. Le globe de l'œil droit présente une masse fongueuse, rougeâtre, molle, sécrétant une matière purulente abondante; les paupières sont recouvertes de granulations végétantes : l'inférieure est complétement renversée en dehors. L'œil gauche est sain, il est seulement un peu irritable et larmoyant. Au devant de l'oreille droite, nous remarquons une petite tumeur ayant le siége et les caractères du bubon pré-auriculaire. Le malade nous assure cependant n'avoir jamais eu de blennorrhagie urétrale : les parties génitales examinées avec soin, ne présentent en effet ni écoulement ni engorgement des ganglions lymphatiques de l'aine (1). En interrogeant le malade, nous appre-

(1) Nous avons déjà dit que Ph. Boyer a fondé le diagnostic différentiel de le gonorrhée virulente sur l'existence constante de l'engorgement des ganglions lymphatiques de l'aine. Il ajoute encore que cet engorgement ne se résout jamais complétemeut et qu'il persiste toute la vie. Nous ne savons jusqu'où cette remarque est vraie, n'ayant jamais eu l'occasion ou plutôt la *possibilité* d'en vérifier l'exactitude ; seulement nous savons que cette remarque n'est pas applicable au bubon pré-auriculaire, dont nous n'avons plus rencontré de traces chez un malade que nous avons revu 15 mois après sa sortie de l'hôpital, où nous l'avions traité le plus heureusement d'un pannus double, par l'inoculation avec la matière gonorrhoïque de l'urètre, et qui avait présenté d'une manière très-marquée l'engorgement pré-auricu-

nons que la personne chargée de le soigner faisait usage, pour nettoyer ses yeux tous les matins, d'une éponge qui servait également à d'autres malades, et que, parmi ceux-ci, il s'en trouvait qui avaient, nous dit-il, la *chaude-pisse* aux yeux ; il nous cita, entre autres, un nommé Vanc..., qui se trouvait actuellement à l'Institut. Cet homme avait en effet contracté, à la fin de janvier, *une gonorrhée virulente très-grave, et par suite de celle-ci, une ophthalmie purulente gonorrhoïque qui lui avait laissé de profondes opacités au centre des deux cornées, gênant la vision au point de ne lui permettre que de se conduire.* Ayant examiné ce malade, nous trouvâmes en effet un léger engorgement des ganglions lymphatiques des aines, qui nous indiquait l'existence antérieure d'une gonorrhée, maladie constatée du reste par le certificat délivré par le médecin qui l'avait soigné pour cette affection. Nous trouvâmes aussi un engorgement des ganglions pré-auriculaires, dont la présence attestait la nature virulente syphilitique de l'ophthalmie purulente qui avait donné lieu aux altérations oculaires graves pour lesquelles il avait été dirigé sur l'Institut. Plus de doute, d'après cela, sur la nature de l'ophthalmie dont se trouvait affecté le nommé Dep..... Elle avait pu être primitivement catarrhale ou scrofuleuse ; mais elle était devenue plus tard syphilitique, par suite de l'application de la matière gonorrhoïque par l'intermédiaire d'une éponge qui avait servi à nettoyer les yeux d'un ou de plusieurs malades atteints d'ophthalmie gonorrhoïque virulente.

Le malade est soumis à un régime hygiénique convenable : localement, nous employons les scarifications et la cautérisation des conjonctives avec la solution concentrée de nitrate d'argent cristallisé. Sous l'influence de ce traitement, le mal ne fait qu'empirer ; les conjonctives se recouvrent de végétations et de fongosités de plus en plus saillantes : les collyres astringents et chlorurés ne se montrent pas plus efficaces. Nous suspendons alors tout traitement local, et nous employons l'huile de foie de morue, concurremment avec les préparations ferrugineuses. Après douze jours de ce traitement, aucune amélioration ne s'était encore manifestée, lorsque tout à coup, sans cause connue, l'œil gauche s'enflamme, les paupières se gonflent, la purulence s'établit, et les ganglions lymphatiques correspondants s'engorgent : une nuit avait suffi pour amener la maladie à ce point et compromettre l'existence de l'œil.

Traitement : Instillations, plusieurs fois réitérées dans la journée, d'une solution de nitrate d'argent cristallisé, à la dose de dix grains dans une once d'eau distillée ; application de 15 sangsues derrière l'oreille du côté malade ; purgatif salin ; cataplasmes sinapisés promenés sur les extrémités inférieures. L'effet local de ce traitement fut aussi heureux que prompt, puis-

laire des deux côtés. Quoi qu'il en soit, sans entrer ici dans une discussion qui nous éloignerait trop de notre sujet, ce qu'il importe, c'est de savoir si le bubon de l'aine persiste après la disparition de la blennorrhagie. En cela notre observation est parfaitement d'accord avec ce qu'avance Ph. Boyer : chez tous les malades atteints de blennorrhagie urétrale que nous avons traités depuis quelques années à l'hôpital militaire, nous avons constaté la persistance du bubon à leur sortie de cet établissement ; et chez quelques-uns d'entre eux, nous l'avons encore retrouvé, mais à un état très-réduit, après cinq, six et huit mois.

que, 48 heures après l'invasion de la maladie, la suppuration de l'œil était tarie. Cependant l'état général du malade ne s'améliore pas ; l'œil droit reste dans le même état, et le ganglion pré-auriculaire de ce côté a même augmenté de volume. Le traitement topique que nous employons de nouveau n'a pas de résultats plus heureux qu'il n'en avait eu précédemment.

Le 5 décembre. Le malade est soumis à l'usage de la liqueur de Van Swieten et du sirop sudorifique.

Le 20. Une amélioration notable s'étant manifestée dans l'état général du malade, on revient au traitement local, et le traitement mercuriel est continué.

Le 20 janvier. La paupière inférieure a repris sa direction normale. Les végétations sont affaissées ; des vaisseaux reparaissent isolés sur la conjonctive oculaire ; la cornée même s'éclaircit, et tout annonce une guérison prochaine. Les ganglions pré-auriculaires sont réduits au volume d'un gros pois.

Cette observation est remarquable sous bien des rapports ; mais ayant déjà signalé les particularités les plus intéressantes qu'elle présente, nous nous bornerons à faire ressortir ici la circonstance de la transmission de la maladie d'un œil à l'autre, avec le caractère pathognomonique propre à l'ophthalmie gonorrhoïque par inoculation. Nul doute qu'ici il n'y ait eu transport de la matière purulente de l'œil droit sur l'œil gauche. L'absence de toute autre cause appréciable nous ferait admettre cette explication comme la plus plausible, si la présence du ganglion parotidien ne venait confirmer cette manière de voir.

Obs. III. — Van M..... (Joseph), soldat au 2me régiment de chasseurs à cheval, 25 ans, tempérament sanguin, a toujours joui d'une excellente santé. Le 1er juin 1845, il contracta une gonorrhée virulente très-aiguë. Dans la nuit du 11 au 12, une inflammation violente de l'œil droit se déclara : le matin, à la visite du médecin, l'ophthalmie est passée à l'état purulent. Le malade est envoyé immédiatement à l'hôpital ; nous constatons l'état suivant : l'œil gauche est sain, l'œil droit offre tous les caractères d'une ophthalmie purulente des plus graves, un écoulement abondant de matière muco-purulente d'un jaune-verdâtre, chémosis et engorgement du ganglion parotidien ; mais la cornée est intacte. L'écoulement urétral n'a pas changé, il est ce qu'il était avant l'invasion de l'ophthalmie. Les conjonctives ne présentent pas de granulations ; pouls fort, plein, quatre-vingt-quatre pulsations.

Traitement : Saignée générale de seize onces ; derrière l'oreille du côté malade, douze sangsues dont on entretient l'effet pendant vingt-quatre heures par des applications successives d'autres sangsues ; cataplasmes sinapisés promenés sur les extrémités inférieures ; tartre stibié à haute dose ; localement, excision du bourrelet muqueux, injections d'eau chlorurée (chlorure d'oxyde de sodium, deux onces ; eau commune, une livre) répétées de quart d'heure en quart d'heure ; de temps en temps, instillations d'un collyre au nitrate d'argent (nitrate d'argent, six grains ; eau distillée, une once).

Le 13. Amélioration marquée ; soixante-seize pulsations ; affaissement des

paupières et des conjonctives; suppuration moindre. On continue les injections de demi-heure en demi-heure et les collyres au nitrate d'argent; potion stibiée.

Le 16. La sécrétion purulente est remplacée par une sécrétion muqueuse, grisâtre, peu abondante. Tous les autres symptômes sont notablement améliorés. Sulfate de cuivre en crayon; purgatif salin : le reste du traitement est supprimé.

Le 24. Les conjonctives sont revenues à peu près à leur état normal; l'œil conserve encore de l'irritabilité.

Le 11 juillet. Le malade sort de l'hôpital parfaitement rétabli; le ganglion parotidien seul persiste, il a le volume d'un petit haricot.

Si, faisant un instant abstraction de la présence du bubon parotidien, nous recherchons les causes de l'ophthalmie qui fait l'objet de l'observation précédente, nous arrivons à cette conclusion : que l'application de la matière gonorrhoïque sur l'œil est le mode de développement qui réunit le plus de probabilités. En effet, le malade avait jusque-là toujours joui d'une bonne santé, il ne présentait aucune prédisposition à l'ophthalmie, et n'avait été soumis à aucune cause appréciable, susceptible de produire l'inflammation de l'œil, comme fatigues, excès, refroidissement, etc.; en outre, l'ophthalmie est restée bornée à un seul œil, ce qui a lieu surtout lorsqu'elle reconnaît pour cause immédiate l'inoculation; enfin la circonstance suivante augmente encore la probabilité en faveur de ce mode de développement : ce militaire cherchait depuis longtemps à se soustraire au service; déjà il avait été condamné pour désertion, et lorsqu'il fut envoyé à l'hôpital, ses chefs nous prévinrent de leurs soupçons sur les causes de son ophthalmie, qu'ils attribuaient à l'application de la matière de la gonorrhée sur l'œil.

Obs. IV. — Nous avions admis, par analogie, que l'ophthalmie purulente des nouveau-nés reconnaissant pour cause l'inoculation de la matière gonorrhoïque sur les yeux pendant le travail de l'accouchement, elle devait se caractériser, comme l'ophthalmie gonorrhoïque syphilitique chez l'adulte, par le développement du bubon parotidien. Appuyé sur les faits précédemment observés, nous avions la conviction intime que la chose ne pouvait être différente, lorsqu'il y a quelques jours, nous fûmes à même d'observer un fait qui vint confirmer entièrement nos prévisions. Hâtons-nous de dire, avant de le rapporter, que depuis le moment où le bubon parotidien a fixé pour la première fois notre attention, nous avons eu occasion de voir 17 enfants nouveau-nés atteints d'ophthalmie purulente; qu'aucun d'eux, malgré les recherches les plus minutieuses et les plus empressées, n'a présenté cet engorgement, et que, chez tous, l'ophthalmie, quelle qu'ait été d'ailleurs son intensité, s'est terminée sans accident et dans un espace de temps qui a varié de six à vingt jours. Le traitement employé a toujours été très-simple : il a consisté dans les soins de propreté et dans l'usage d'un collyre astringent ou d'une solution légère de nitrate d'argent.

Voici le fait :

Le 5 janvier 1846, la femme Del..... se présenta à notre consultation gratuite avec un enfant pour lequel elle venait réclamer nos soins. Cette femme, de vie plus que suspecte, âgée de 29 ans, de bonne constitution et d'un tempérament sanguin, n'a jamais été malade ; seulement elle a été, dit-elle, affectée longtemps de flueurs blanches, et elle en était encore atteinte, à un léger degré, pendant sa grossesse. L'enfant qu'elle nous présenta était âgé de trois mois, maigre et assez chétif ; il était dans un état de cécité complète occasionnée par la destruction des deux cornées ; les conjonctives avaient leur aspect normal ; les yeux, du reste, n'étaient plus le siége d'aucun travail morbide. A deux lignes au devant des oreilles et à la hauteur du tragus, on remarquait des deux côtés, mais plus prononcé à gauche qu'à droite, le bubon parotidien, sous forme de nodosité oblongue, du volume d'un petit haricot, et paraissant tout à fait indolore. La mère nous apprit que, deux jours après sa naissance, son enfant avait contracté une ophthalmie purulente qui avait amené la perte des yeux au bout de 48 heures, malgré les soins qui lui furent administrés par un médecin appelé au début de la maladie. Le gonflement persista pendant plus de cinq semaines après cet accident, et l'écoulement purulent ne tarit que plus tard encore.

La nature de cette ophthalmie ne saurait être un instant douteuse : abstraction faite du bubon pré-auriculaire, nous trouvons dans les circonstances qui ont précédé cette ophthalmie, dans sa marche, dans ses terminaisons, etc., des raisons suffisantes pour en établir la spécificité. Remarquons en effet que la mère de cet enfant a été atteinte, pendant sa grossesse, d'un écoulement génital dont on peut avec raison suspecter la nature, tant à cause de l'absence, chez cette femme, des conditions générales au milieu desquelles se développent d'ordinaire les écoulements inoffensifs, désignés vulgairement sous le titre de *flueurs blanches*, que par l'irrégularité de sa conduite. D'un autre côté, l'ophthalmie de l'enfant ne présenta ni la marche, ni les terminaisons ordinaires de l'ophthalmie des nouveau-nés. Cette maladie, en effet, malgré le caractère de violence et les apparences de gravité qu'elle revêt parfois, guérit facilement, dans la plupart des cas, par un traitement simple, et souvent même par les seuls soins de propreté ; mais dans l'observation que nous venons de rapporter, les choses se sont passées d'une tout autre manière, et l'ophthalmie s'est terminée, au bout de 48 heures, par la perte des deux yeux, bien que des soins intelligents eussent été réclamés dès le principe. Remarquons encore que, malgré la perte des yeux, le travail inflammatoire, le gonflement des conjonctives et des paupières, ainsi que la suppuration, n'ont présenté d'amélioration notable qu'après plusieurs semaines ; tandis que quand l'ophthalmie purulente catarrhale se termine de la même manière, le travail

inflammatoire s'arrête beaucoup plus tôt, et souvent mêmeimmédiatement après l'accident ; les tissus reviennent sur eux-mêmes et marchent à la résolution avec plus de rapidité. Si maintenant nous faisons un rapprochement entre cette observation dans laquelle nous voyons coïncider, avec le développement du bubon pré-auriculaire, un haut degré de gravité suivi de terminaisons fâcheuses, et les 17 cas d'ophthalmie des nouveau-nés que nous avons traités heureusement, et où l'absence de l'engorgement des ganglions parotidiens a été constatée, nous arrivons à établir : *a*) que l'ophthalmie purulente des nouveau-nés qui reconnaît pour cause l'application de la matière de la gonorrhée sur les yeux se caractérise, comme l'ophthalmie gonorrhoïque syphilitique chez l'adulte, par l'engorgement des ganglions lymphatiques correspondants ; tandis que celle qui est occasionnée par d'autres causes, telles que le refroidissement, l'action des causes irritantes locales, etc., ne présente jamais ce caractère ; que la première est une maladie grave, dont la marche est rapide, et qui peut se terminer en peu de temps par la fonte totale des yeux ; tandis que l'autre, alors même qu'elle est très-intense, guérit le plus souvent, sans laisser d'altérations, au moyen d'un traitement simple. *c*) Il ressort évidemment de ce parallèle des conséquences pratiques fort importantes. En effet, toutes les fois que l'ophthalmie des nouveau-nés sera reconnue virulente, le médecin devra ne rien négliger pour en enrayer le plus promptement possible la marche et en prévenir les terminaisons funestes. On sent dès lors que les soins de propreté et des collyres astringents, qui conviennent dans l'ophthalmie de la deuxième espèce, ne sauraient plus suffire ici, et qu'il faut y joindre l'action des modificateurs locaux, particulièrement la solution de nitrate d'argent cristallisé, que nous croyons devoir être le moyen le plus efficace en pareille circonstance.

2. *Métastase.* — De Saint-Yves, d'abord, et ensuite plusieurs autres médecins, ont rapporté l'ophthalmie gonorrhoïque exclusivement à la métastase ; d'autres, et notamment Spangenberg, Wardrop, Travers, Lawrence, ont mis en doute que cette affection pût exister comme phénomène métastatique. Cependant la plupart des praticiens de nos jours admettent ce mode de développement concurremment avec un ou plusieurs des autres modes de production de cette maladie : l'inoculation, la sympathie, l'infection générale et l'infection miasmatique.

Cette divergence d'opinions a sa cause dans la manière diverse dont les auteurs ont interprété le phénomène de la métastase, et

aussi dans l'absence des moyens propres à faire distinguer l'ophthalmie gonorrhoïque syphilitique de celle qui ne l'est pas.

La métastase est un phénomène obscur, inexplicable, et dont nous ne possédons point de théorie satisfaisante. Elle est souvent confondue avec des phénomènes de simple révulsion , dont elle diffère cependant en ce que le déplacement de la maladie qui la constitue se fait par des mouvements spontanés de l'organisation. Si , par exemple, une blennorrhagie vient à se supprimer plus ou moins brusquement par une cause connue, pendant qu'une autre cause d'irritation, agissant sur les conjonctives , y développe une ophthalmie purulente, ou bien lorsque cette dernière cause , agissant sur les conjonctives, y produit une violente inflammation capable de supprimer la blennorrhagie, nous ne pouvons voir là qu'un phénomène s'opérant en vertu des lois de la révulsion. Nous avons étudié avec soin les observations d'ophthalmie gonorrhoïque métastatique rapportées par les auteurs, et nous n'en avons pas trouvé une seule qui se soustraie entièrement à cette explication. Il y a plus : c'est que, dans l'état actuel de nos connaissances , nous ne saurions admettre le développement par métastase. En effet, celle-ci suppose la suppression spontanée d'une maladie, et sa réapparition, avec tous les caractères qui la constituent, sur un autre point de l'organisme: c'est au moins là le sens qu'on lui donne généralement. Dans le cas en question, la manifestation de l'ophthalmie par métastase supposerait trois choses : la suppression de la gonorrhée sans cause connue, le transport à travers l'économie, par les veines et les vaisseaux lymphatiques, de la matière virulente de la gonorrhée sur les conjonctives, et le développement sur ce point d'une affection identique à celle du canal de l'urètre. Or , nous allons voir que dans les observations d'ophthalmie gonorrhoïque attribuée à la métastase , toutes ces conditions sont loin d'exister. — La suppression complète de la gonorrhée est chose fort rare. Dans les cas où on l'a observée, elle avait été occasionnée par des injections astringentes dans le canal de l'urètre, par le refroidissement des parties génitales, ou par la compression circulaire du pénis derrière le gland ; d'autres fois, elle s'est manifestée à la suite de causes qui ont porté leur action sur l'ensemble de l'organisme, comme une marche forcée, des fatigues , l'équitation, un bain général, des excès de diverses natures, etc. ; enfin une inflammation violente des yeux, quelle qu'en soit la cause, l'a parfois déterminée ; mais dans aucun de ces exemples on ne l'a vue survenir en dehors de ces circonstances, spontanément, comme cela arrive dans le phénomène de la métastase. — L'absorption du

virus de la gonorrhée et son passage à travers l'économie pour se transporter intact, avec ses propriétés virulentes, spécifiques, contagieuses, sur les conjonctives, est un fait qu'on ne saurait admettre, parce qu'il est contraire à nos connaissances les plus positives sur la marche du virus syphilitique à travers nos organes. — Quant à l'identité de l'ophthalmie gonorrhoïque avec la blennorrhagie urétrale, on l'a admise *à priori*; mais personne ne l'a démontrée. Pour nous, nous sommes à même d'assurer que cette identité n'existe pas, et que toutes les fois qu'une ophthalmie purulente s'est développée au milieu des circonstances précitées, elle a toujours manqué du caractère pathognomonique propre à l'ophthalmie gonorrhoïque virulente : l'engorgement des ganglions parotidiens. Nous ne saurions donc voir dans l'ophthalmie gonorrhoïque métastatique des auteurs qu'une ophthalmie purulente catarrhale ou scrofuleuse, entièrement différente de celle qui reconnaît pour cause l'inoculation de la matière gonorrhoïque sur les conjonctives, cette dernière, participant seule, comme nous l'avons dit, des propriétés contagieuses de l'écoulement urétral, et comme lui se caractérisant par l'engorgement des ganglions lymphatiques correspondants.

3. *Sympathie.* — Scarpa, Dupuytren, Sanson, Fischer, Scherrer, et beaucoup d'autres médecins renommés, ont attribué, dans quelques cas, l'ophthalmie gonorrhoïque à la réaction sympathique de l'urètre sur la muqueuse conjonctivale. Il existe en effet, dans l'état de santé, des liens sympathiques entre les muqueuses génitale et oculaire, qui se révèlent, à la suite de fatigues et d'irritations prolongées des organes génitaux, par un sentiment de cuisson dans les yeux et d'affaiblissement de la vue (Sanson). Mais lorsque le canal de l'urètre est enflammé, cette réaction sympathique s'exerce avec plus d'intensité, et la muqueuse oculaire, sous cette influence, devient plus sensible et plus impressionnable. Si, dans ces dispositions, une cause d'irritation quelconque vient à agir sur elle, l'inflammation s'en empare facilement, et cette inflammation peut acquérir avec rapidité un caractère grave, qu'elle n'eut pas revêtu peut-être sans la coïncidence de la gonorrhée. Lorsque les choses se passent ainsi, la sympathie que l'urètre exerce sur la conjonctive n'agit que comme cause prédisposante; mais dans quelques cas rares, lorsque, par exemple, les conjonctives jouissent d'une exquise sensibilité, ou lorsqu'elles sont dans un état habituel d'irritation et de rougeur, la blennorrhée de l'œil peut alors se développer par la seule influence sympathique, comme notre sixième observation en offre un exemple; seulement, dans ce cas, l'inflammation reste en

général bornée à la muqueuse des paupières, et ne prend que peu d'intensité. Cependant, il peut arriver qu'une ophthalmie qui a débuté de cette manière, acquière une grande violence, lorsque de nouvelles causes viennent se joindre à la première.

Si nous admettons, avec Scarpa, Dupuytren, etc., etc., qu'une ophthalmie purulente puisse quelquefois survenir pendant le cours d'une gonorrhée par l'influence sympathique qui unit les muqueuses génitale et oculaire, nous ne saurions être de leur avis lorsqu'ils confondent cette ophthalmie avec celle qui reconnaît pour cause l'application du virus gonorrhoïque sur les conjonctives. Ces deux maladies sont en effet essentiellement différentes : l'une participe des propriétés contagieuses et virulentes de la gonorrhée ; l'autre n'a rien de spécifique et rentre dans l'histoire commune des blennorrhées oculaires.

Appuyons de quelques faits nos opinions sur la métastase et la sympathie, considérées comme causes de l'ophthalmie gonorrhoïque.

Obs. V. — Ch..... (J.-B.), soldat, âgé de 22 ans, d'un tempérament sanguin et d'une bonne constitution, contracte un écoulement urétral le 7 juin 1843, quelques jours après un coït suspect. Bientôt ce militaire, qui se trouvait en permission, se met en route par un jour de pluie et de vent pour rejoindre son corps ; à la fin de la première journée de marche, il ressent à l'œil droit les premiers symptômes d'une ophthalmie qui fait de rapides progrès. Au quatrième jour de l'invasion, lorsque le malade se présente à l'hôpital militaire de Louvain, l'œil droit est le siége d'une ophthalmie purulente portée au plus haut degré ; la cornée est ramollie, comme infiltrée et blanchâtre dans toute son étendue ; elle forme à la partie inférieure une propulsion qui annonce une rupture prochaine, qui effectivement ne tarde pas à s'opérer. Les paupières supérieures et inférieures sont recouvertes de granulations vésiculeuses abondantes ; l'engorgement des ganglions parotidiens n'existe pas ; l'écoulement urétral est presque complétement supprimé. L'œil droit est sain ; seulement on remarque sur les conjonctives palpébrales inférieures quelques granulations vésiculeuses peu prononcées.

J'ai choisi cette observation intéressante de préférence à d'autres dont l'issue a été heureuse, parce qu'elle réunit plus complétement toutes les circonstances, tous les phénomènes sur lesquels les auteurs ont établi le diagnostic différentiel de l'ophthalmie gonorrhoïque. Invasion brusque, marche rapide, symptômes violents, terminaison fâcheuse, coïncidence avec un écoulement urétral, fixation de la maladie sur un seul œil, etc. ; rien ne manque au tableau des caractères qu'ils ont assignés à cette maladie. Mais à quelle cause est-il permis de l'attribuer ? Est-ce à l'inoculation, à la métastase ou à la sympathie ? Nous ne saurions admettre que l'inoculation l'ait produite, car l'ophthalmie manquait du caractère patho-

gnomonique que nous avons observé invariablement dans tous les cas où cette cause a pu être constatée. Ce n'est pas non plus à la métastase, dont une des conditions, la suppression complète de l'écoulement urétral, n'existe pas. Reste la sympathie, influence qui ne saurait à elle seule expliquer ni la gravité de la maladie, ni sa fixation sur un seul œil. Nous pensons donc que l'ophthalmie purulente, qui se développe dans les circonstances précitées, doit être rapportée à une influence complexe que nous allons tâcher d'apprécier.

Les granulations vésiculeuses dont nous avons signalé l'existence sur les conjonctives palpébrales, des deux côtés, ne sauraient être attribuées qu'à un travail morbide, antérieur à l'invasion de l'ophthalmie purulente, travail qui avait fait de ces membranes, depuis un temps plus ou moins long, un centre de fluxion, et avait ainsi éveillé entre elles et la muqueuse génitale des sympathies plus vives. La conjonctive, rendue plus impressionnable par ce double motif, s'est facilement enflammée sous l'influence des causes d'irritation auxquelles le malade s'est trouvé exposé, telles que : humidité de l'air, fatigues, marches longues, etc. L'inflammation, une fois développée, a pris une intensité de plus en plus grande par la persistance des mêmes causes, et, arrivée à un certain degré de violence, elle a détourné à son profit la fluxion fixée sur la muqueuse génitale, et s'est encore accrue de toute l'intensité de celle-ci. Ainsi s'expliquent la diminution de l'écoulement urétral et la violence de l'inflammation de la conjonctive. (*La suite à un prochain numéro.*)

COUP D'OEIL SUR LA MAISON D'ALIÉNÉS DU DOCTEUR KALCKER, A UCCLE, LEZ-BRUXELLES.

« L'établissement le plus important des environs de la capitale du royaume de Belgique est celui que M. le docteur Kalcker a fondé à Uccle près Bruxelles. Depuis le rapport de la commission de 1842, cet établissement a été considérablement augmenté, et peut contenir aujourd'hui facilement une soixantaine de malades. Des pavillons nouveaux bien isolés, entourés de jardins, sont en ce moment construits par M. le docteur Kalcker, et spécialement destinés à la classe riche. La maison, bien distribuée, admirablement située, est entourée de vastes jardins, où l'on cherche le plus possible à faire travailler les malades. M. Kalcker a éprouvé, comme tous les médecins, la difficulté qu'il y a à faire travailler les gens de la classe riche. La malheureuse oisiveté dans laquelle ils ont

été élevés dans le monde les poursuit, à plus forte raison, dans leur état maladif. On ne peut guère leur créer d'autres occupations que le jeu et la promenade. Sous ce rapport, Uccle offre de grandes ressources, non-seulement quant à l'intérieur de l'établissement ; mais les environs sont si admirablement accidentés, que, de quelque côté qu'on dirige les aliénés, ils trouvent de l'ombrage et de charmantes promenades.

« Le traitement de M. le docteur Kalcker m'a paru très-rationnel, en ce qu'il suit surtout avec sagacité les indications que lui présente le tempérament des malades. Il n'est pas partisan de la douche, qui lui a semblé plus nuisible encore dans un pays où l'on rencontre beaucoup de dispositions aux congestions cérébrales et à la paralysie générale. Il ne l'emploie guère que quand l'aliéné refuse de manger. Les mêmes raisons font qu'il ne se sert de la camisole de force que dans des cas tout à fait spéciaux et en employant les plus grandes précautions. M. Kalcker en remplace le plus souvent l'usage par une espèce de manchon en cuir qui laisse au malade toute la liberté possible de respirer, tout en lui ôtant celle de se nuire à lui-même ou aux autres.

« Il est une autre indication hygiénique, en même temps que thérapeutique, que je crois devoir signaler, parce qu'elle m'a semblé bien négligée dans les grands établissements : c'est celle résultant d'un bon système de chauffage. L'expérience a démontré à M. Kalcker que rien n'est si nuisible aux malades que les transitions brusques de température, surtout dans un pays dont l'atmosphère est toujours chargée de tant d'humidité. Il a cru devoir remplacer le chauffage ordinaire par les cheminées ou les poêles, dans les chambres à coucher des malades, par celui plus uniforme que l'on se procure au moyen de calorifères dont la chaleur est entretenue par l'eau chaude.

« Ce moyen lui a semblé très-hygiénique, surtout pour les malades affectés de lésions cérébrales et prédisposés à la paralysie générale, pour les aliénés agités qui se découvrent ordinairement la nuit, et par conséquent sont soumis à toutes les chances mauvaises causées par les refroidissements et les transpirations arrêtées.

« Au reste, M. le docteur Kalcker n'a qu'à se louer jusqu'à présent des résultats qu'il a obtenus. L'établissement est fondé depuis 1836, et voici, à dater de cette époque, le nombre des malades admis, guéris et morts (1) :

(1) Environ la moitié des aliénés sont entrés incurables.

	Reçus.	Guéris.	Morts.
1836	17	8	1
1837	19	10	3
1838	20	10	1
1839	25	7	5
1840	20	9	1
1841	19	8	3
1842	25	12	4
1843	20	10	5
1844	17	8	6
1845	19	10	4
Totaux. . .	201	92	33

« L'arrangement des fenêtres est encore un des meilleurs que j'ai vus. Elles ont une forme gothique et réunissent l'élégance à la solidité, car elles sont toutes en fer. Les malades peuvent ouvrir le châssis sans danger; un balcon empêche que l'aliéné ne se jette par la fenêtre. Il y a dans toutes les chambres et les corridors des ventilateurs qu'on ouvre et ferme à volonté.

« J'ai vu ici prendre pour les épileptiques, les paralysés, les mêmes précautions que j'ai eu occasion de vous signaler en vous décrivant les hospices d'Italie. Ces malades couchent dans des lits dont l'entrée se relève et s'abaisse à volonté. Il convient, dit M. Kalcker, que le contour fait à jour soit bourrelé. Quand, malgré ces précautions, le malade cherche encore à escalader cet obstacle, on dispose au-dessus du bois de lit un filet filoché avec de fortes cordes, ce qui rend sa sortie tout à fait impossible.

« M. Kalcker préfère les lits en bois aux lits en fer. J'ai eu occasion d'observer aussi dans quelques hospices, en Allemagne, la préférence donnée à ce dernier mode de couchage, les médecins prétendant, non sans raison je crois, que les lits en bois conservent mieux la chaleur. On revient généralement d'un préjugé qui a été longtemps fatal au traitement des aliénés, et qui consistait à croire que ces malades pouvaient plus facilement endurer les intempéries des saisons que toute autre espèce d'individus (1). MOREL.

(1) Dans l'intérêt de la conservation des bâtiments, je ne crois pas inutile de vous faire part d'une note qui m'est communiquée par M. le docteur Kalcker. Il est parvenu à remédier aux inconvénients de l'humidité par le moyen suivant. Lorsque les murs nouvellement bâtis sont bien secs, on a l'habitude, dans ce pays, de les revêtir d'une couche de peinture; mais on est obligé de la renouveler souvent, à cause de l'abondance des pluies: ces pluies filtrent à travers les murs, et entretiennent une grande humidité dans l'intérieur des habitations. M. Kalcker est parvenu à rendre, pour ainsi dire, ses murs imperméables au moyen de la préparation suivante. Il fait bouillir jusqu'à ébullition et complète solution : gomme élastique, 120 grammes dans 6 livres d'huile de lin, avec addition de litharge, 250 grammes. Pour favoriser la solution de la gomme élastique, il la coupe en petits morceaux et la fait bouillir préalablement dans de l'eau. Avant de revêtir les murs avec la couche de peinture, on les enduit premièrement avec cette préparation.

BIBLIOGRAPHIE.

—

LE MÉDECIN DE SOI-MÊME AUX BAINS DE MER, OU MANUEL COMPLET D'HYGIÈNE ET DE THÉRAPEUTIQUE, INDISPENSABLE AUX BAIGNEURS; par le docteur Henri Noppe, à Ostende.

Sous ce titre vient de paraître un ouvrage extrêmement utile aux personnes qui se rendent aux bains de mer d'Ostende.

L'auteur n'a pas craint d'entrer dans les plus grands développements pour rendre son travail complet; aussi n'est-ce pas seulement aux gens du monde qu'il doit être exclusivement destiné, les praticiens y puiseront aussi d'excellents préceptes, et nous les engageons à s'en assurer par eux-mêmes. Une opinion assez généralement accréditée dans le monde, c'est que les bains de mer constituent un moyen thérapeutique dont on peut user, dans toutes les circonstances, sans avoir égard à la constitution, à l'âge et aux diverses maladies des individus. C'est là une erreur déplorable, et M. Noppe s'est attaché à la combattre en signalant au public les inconvénients et même les dangers qui sont la conséquence de l'emploi intempestif ou immodéré des baius de mer: sous ce rapport, il a déjà rendu un grand service à la société.

Pour donner une idée de son ouvrage, nous allons passer en revue, d'une manière sommaire, les différents points qui y sont traités.

L'auteur débute par des considérations générales sur l'eau de mer : il en donne les caractères physiques et chimiques : à propos de l'influence de l'air des côtes maritimes, il indique certains effets qu'il produit sur l'économie, effets variables, mais favorables dans la grande majorité des cas : quelques chapitres sont consacrés à la manière de prendre les bains de mer, aux préceptes généraux concernant leur usage, aux règles hygiéniques à observer pendant leur emploi.

L'administration de l'eau de mer ne se borne pas aux bains de mer proprement dits : en décrivant ses divers modes de prescription, M. Noppe a soin d'en faire apprécier la valeur comparative, et indique les circonstances qui réclament plutôt tel mode d'emploi que tel autre.

Puis viennent quelques lignes sur le bain de sable marin et les excursions en mer.

La troisième partie de l'ouvrage est consacrée à l'étude des éléments et du mode d'action des bains de mer, à leurs effets physiologiques, aux résultats sur les fonctions de chaque appareil de l'économie animale.

Dans la quatrième partie, il est fait mention des effets hygiéniques et thérapeutiques des bains de mer dans les cas particuliers.

Nous n'entrerons pas ici dans de grands détails, car l'auteur passe en revue presque tout le cadre pathologique; il considère l'action des bains de mer dans les maladies particulières aux femmes, dans celles particulières aux hommes, et dans celles communes aux deux sexes : chacune de ces divisions embrasse une série d'affections rangées d'une manière claire et méthodique. Les chapitres suivants traitent des maladies du foie et de la rate, des voies respiratoires, des centres nerveux, des yeux, de l'oreille, de l'appareil locomoteur, de la peau, des maladies syphilitiques, des prédispositions diverses et des maladies des enfants. Un dernier chapitre est consacré aux maladies chirurgicales.

La cinquième partie comprend quelques remarques sur les résultats hygiéniques et thérapeutiques tardifs des bains de mer, et fournit l'indication des maladies et des cas particuliers qui contre-indiquent l'usage des bains de mer.

L'ouvrage de M. Noppe est bien fait; il est généralement écrit avec pureté, et même avec une certaine élégance dépouillée de cette prétention que ne comportent pas les écrits médicaux. Nous regrettons qu'un travail semblable ne porte pas un titre plus heureusement choisi.

L'exécution typographique est soignée. Ce livre sort des presses de M. N. J. Grégoir, Fossé-aux-Loups, 66, à Bruxelles.

VARIÉTÉS.

GALERIE DES CÉLÉBRITÉS MÉDICALES DE LA RENAISSANCE.

JEAN-BAPTISTE VAN HELMONT.

(Suite et fin : *voir le n° de mai* 1846, p. 28.)

Jusqu'ici je n'ai envisagé qu'une des deux faces de la physiologie vanhelmontienne; il s'agit maintenant de passer à l'autre. Or, à côté des lois qui régissent les phénomènes de l'animalité, le théosophe brabançon accorde une large part aux forces inhérentes à la matière inorganique, tout au moins à celle d'où dérive l'affinité des corps. Dans l'organisme des êtres sensibles, il voit des propriétés vitales qui commandent et des propriétés chimiques qui obéissent : chez les unes en quelque sorte le pouvoir législatif,

chez les autres le pouvoir exécutif. Il est déjà quelque peu conciliateur, il tient le milieu entre Stahl et Sylvius del Boë ; il n'est ni animiste pur comme le premier, ni chimiste exclusif ainsi que le second.

Malgré ses défauts, ce système rendit de grands services à la physiologie moderne ; il mit en lumière un élément précieux à cette science, l'exégèse humorale.

Un des points de la science physiologique où le génie de Van Helmont laisse éclater toute sa puissance, c'est l'étude des fonctions nutritives ou assimilatrices. Pour se faire une juste idée du progrès qu'il introduisit à cet égard, il suffit de mettre sa doctrine en parallèle avec la théorie des anciens. Ces derniers partant d'un principe vrai, l'intervention de la chaleur dans la métamorphose des aliments en chyme, en avaient tiré des conséquences erronées. Au lieu de considérer la température de l'estomac comme une simple condition, ils en faisaient une cause nécessaire, un élément indispensable, l'agent unique de la métamorphose dont il s'agit. De là l'hypothèse nommée *coction*. Van Helmont lui oppose des arguments d'une valeur incontestable. Pour lui l'estomac n'est point, comme pour Galien, un sac pur et simple, un vase inerte où s'accomplit l'élaboration ignée des aliments, et cela, d'une part, parce que la digestion ne s'opère pas mieux quand s'élève la température animale, durant un accès fébrile, par exemple, que chez les poissons où l'estomac fonctionne malgré l'absence de la chaleur indispensable à la nature des mammifères ; parce que, de l'autre, la disgrégation moléculaire de certains composés résiste constamment au pouvoir de cette dernière condition.

Sur les ruines de ce fragile édifice, il établit sa théorie des *ferments*. L'école chimique a sans contredit beaucoup abusé des ressources de cette exégèse. Se confiant aux lueurs trompeuses d'une analogie plus ou moins lointaine, elle passa trop tôt du particulier au général, de l'analyse à la synthèse ; mais ce reproche s'adresse plutôt aux disciples qu'au maître. Van Helmont, en effet, considérait la *fermentation* d'une tout autre manière que Sylvius del Boë. Pour le premier, ce mot exprime l'action la plus générale des forces chimiques, le résultat de la loi qui préside à toute espèce de métamorphoses et de réactions moléculaires, à la transmutation des matières du monde minéral, comme à celle des éléments du monde organique ; pour le second, au contraire, il a un sens plus restreint ; il traduit l'idée du mouvement intérieur, d'une effervescence exclusivement propre aux substances animales et végétales. Or, sous ce point de vue, comme sous plusieurs autres, Van Helmont se rencontre avec les chimistes les plus éminents de notre époque. Qui

croirait que sa théorie de la digestion, si combattue, si dédaignée par les solidistes, est presque exactement celle du célèbre professeur de Giessen ? « La digestion, dit M. Liebig, s'accomplit sous l'influence d'une décomposition analogue à celle connue sous le nom de fermentation. » Et pour répondre aux objections des physiologistes qui nient le rapprochement admis entre ces deux actes, il ajoute : « Ce qui empêche surtout de bien saisir le phénomène de la digestion, c'est l'idée fausse qu'on se fait des métamorphoses organiques, des phénomènes de fermentation et de pourriture; on y envisage d'une manière trop exclusive ceux que présentent le sucre et les matières animales, et l'on oublie un grand nombre de cas où des métamorphoses s'accomplissent sans aucun dégagement de gaz. La digestion appartient précisément à cette classe de métamorphoses chimiques. »

Ce n'est pas seulement le principe de la fermentation stomacale que Van Helmont impose à la science, mais encore sa nature véritable qu'il désigne, son essence réelle qu'il spécifie. Il admet dans le suc gastrique un ferment qui, à l'aide d'un acide, opère la dissolution des aliments, c'est-à-dire qui change la direction de leurs divers groupes moléculaires; et c'est ce résultat chimique qui constitue pour lui le premier des six temps qu'il assigne à la fonction digestive.

La bile, cette combinaison organique à base de soude, était regardée par les anciens comme un liquide tout à fait impropre à la digestion, comme une humeur entièrement excrémentitielle. Van Helmont s'éleva contre l'erreur dont il s'agit; il la combattit, non par le moyen des hypothèses, mais avec le secours des faits. Il s'était assuré que le résidu stercoral n'offre pas d'amertume, et de ce fait négatif il tirait une induction qui devait être basée ultérieurement sur des expériences plus complètes et plus régulières, sur des analyses soit quantitatives, soit qualitatives, sur ce que, d'une part, dans mille parties de résidus stercoraux, on en trouve huit, suivant M. Berzélius, d'une substance analogue à la bile dont, comme le prétend Burdach, tout homme sécrète par jour de cinq cents à sept cent cinquante grammes; et sur ce que, de l'autre, sauf un peu de sel marin et de sulfate de soude, principes qui font partie de tous les liquides animaux, on ne rencontre dans les excréments solides aucune trace du mélange inhérent à l'essence du fluide sécrété par le foie : la combinaison sodique; de ce seul fait négatif, dis-je, il concluait avec raison que, loin d'être inutile à l'entretien de l'économie animale, la bile est une humeur qui joue un rôle actif et capital dans le phénomène de la digestion. Quant à la nature de ce rôle et à la manière dont cette humeur le remplit,

Van Helmont émet une idée qui se trouve plus tard adoptée par Dumas, Werner, Proust, MM. Leuret et Lassaigne, etc. Il regarde la bile comme un alcali qui rencontre dans le duodénum l'acide de l'estomac, et qui, se combinant avec lui de la même façon que le minium avec l'acide acétique, produit un corps nouveau, donne naissance à un sel neutre. Tel est l'acte qu'il nomme *seconde* digestion. Les veines mésentériques sont les agents immédiats de la *troisième*. Ce sont elles, et non pas les veines stomachiques, qui opèrent l'absorption chyleuse; car, dans l'estomac, la dissolution alimentaire est acide, et les vaisseaux sanguins ne peuvent supporter le contact d'un liquide jouissant de cette dernière propriété.

Les idées relatives aux trois autres *digestions* laissent infiniment plus à désirer. A part la connaissance du changement qui se manifeste quand le fluide sanguin passe d'une moitié du cœur à l'autre moitié, et sauf l'appréciation exacte du point où ce fluide devient nutritif et excitateur, où la chair coulante, pour me servir de l'expression de Bordeu, se métamorphose en chair solide, en tissus variables suivant la nature et la disposition dynamique de chaque organe, Van Helmont s'égare dans la nuit des hypothèses. Non-seulement il ignore le mécanisme de la petite circulation, quoique celle-ci fût déjà découverte depuis plus d'un demi-siècle; mais encore il ne semble pas se douter de l'existence des réformes opérées par Vésale. Son enthousiasme exclusif à l'endroit des théories humorales et vitalistes l'entraînait au sein des erreurs anatomiques les plus surannées et les plus grossières.

Toutefois il y avait compensation ailleurs. Que d'idées merveilleusement justes, par exemple, au sujet du phénomène des sympathies organiques ! Van Helmont, en effet, signale avec une très-grande netteté d'expression l'influence considérable que le cerveau, l'estomac et l'utérus exercent sur toute l'économie. Le resserrement spasmodique de l'habitude du corps, qui se manifeste durant la période de l'élaboration digestive, il l'expliquait par une liaison harmonique, par un état contractile analogue ayant lieu d'une manière primitive au sein de quelque viscère, et notamment à l'orifice supérieur de l'estomac. Ces problèmes de la connexion sympathique si obscurs aux yeux des physiciens et des chimistes, ces étranges rapports d'action appelés *départements organiques* par l'école de Bordeu, Van Helmont les désigne sous le nom plus explicite et plus juste de *monarchies vitales*.

La pathologie de Van Helmont émane nécessairement de son système physiologique. C'est un théâtre nouveau sur lequel ce grand homme transporte ses deux exégèses favorites, où le vita-

lisme et la chimie se partagent les principaux rôles, où l'une et l'autre théorie se distribuent l'office du *deus ex machinâ.*

La maladie n'est point une négation, mais une substance qui se trouve engendrée par deux causes générales, l'une psychologique et l'autre matérielle : l'oligarchie des *blas* ou des archées subalternes et l'action irrégulière du monde ambiant. L'archée principale, qui règne sans gouverner, entre alors en lutte, tantôt avec une force intelligente, celle des autres pouvoirs de l'état, des *blas* insurgés contre leur souveraine par l'effet d'un caprice ou d'une raison motivée, et tantôt avec un élément aveugle et fatal. Or, cette lutte se termine de trois manières : ou bien l'archée principale est victorieuse et fait sur-le-champ tout rentrer dans l'ordre; ou bien le triomphe reste incertain, et dans ce cas elle se voit mise en demeure de garder son ennemi, forcée de lui proposer des conditions; ou bien enfin le succès ne répond pas à son attente, la fortune est hostile à ses efforts, l'archée succombe et entraîne ses états dans sa ruine. Tant que dure l'insurrection des *blas*, les principes qui leur sont subordonnés, les *ferments*, se trouvent eux-mêmes en butte à l'anarchie. Les forces *vitales* ne pouvant plus commander, les forces *chimiques* doivent conséquemment cesser d'obéir, ou plutôt la mauvaise harmonie des unes implique le trouble et la désunion des autres.

Or, le propre de tout *ferment* qui se trouve dans cette dernière condition consiste à produire un *acide.* Dans les inflammations, cet acide agit comme une épine, il irrite les tissus, il y appelle le fluide sanguin, il en opère la coagulation, il y engendre le pus (1).

Dans toute cette théorie chimique, Van Helmont partait de quelques résultats fournis par l'expérience, et laissait faire le reste aux ailes de son imagination trop rapide.

Au point de vue de la grande question des fièvres, les idées de Van Helmont se rapprochent singulièrement de celles de Broussais. Le médecin flamand du XVIIe siècle voit, dans ces affections, comme le médecin français du XIXe, non pas des désordres essentiels, mais des phénomènes sympathiques; non pas un trouble dont le siége est partout, mais une lésion ayant son principe circonscrit dans les limites d'un seul organe; et ce principe, ce point de départ, il le place également au centre épigastrique (2). Son ardeur de localisation et sa tendance à exagérer le rôle de l'estomac dans le fait génésique des maladies, vont même, à certains égards, plus loin que celles de Broussais. La goutte, par exemple, que ce dernier auteur regardait comme une forme de phlegmasie articu-

(1) *Opera*, p. 117.
(2) *De Febribus*, p. 741.

laire, souvent, et non toujours, compliquée d'une gastro-entérite, Van Helmont la faisait constamment dériver d'une lésion primitive survenue à l'épigastre (1).

Sa thérapeutique est à sa pathologie ce que celle-ci est à sa physiologie : une conséquence du vitalisme et de la chimie. Il demeure fidèle jusqu'au bout à ces deux prémisses, qui supportent comme autant de colonnes tout le système de ses idées scientifiques, sans jamais rien sacrifier sur l'autel du solidisme. Contre la lésion des propriétés vitales, dont il faisait des forces intelligentes, des entités jouissant des avantages du libre arbitre, il dirigeait des agents psychologiques, l'influence de l'imagination, la puissance occulte de certaines paroles mystérieuses. Enfin, aux perturbations aveugles des affinités qui ont les liquides animaux pour théâtre, à la prétendue acidité du sang et des autres humeurs, ce soi-disant principe des fièvres, des phlegmasies et d'une foule d'autres désordres matériels, il opposait, d'une part, l'action neutralisante des alcalis, et, de l'autre, le pouvoir éliminateur des diaphorétiques minéraux.

Selon Guy Patin, Van Helmont serait mort victime de ses idées systématiques; il aurait succombé dans un état de frénésie consécutive à une inflammation de la plèvre, combattue par les moyens chimiques et non pas la saignée. Mais sortant de la bouche d'un tel homme, cette assertion doit paraître suspecte : il est permis d'y entrevoir avec quelque vraisemblance le souffle de la passion, l'entraînement de l'esprit de parti qui animait l'épigrammatique auteur du *martyrologe* de l'antimoine. Ce qu'il y a de certain, c'est que l'illustre savant brabançon, qui, vers la fin de sa vie, ne quittait jamais son laboratoire, s'éteignit avec la plénitude de ses facultés, dans sa terre de Vilvorde, à l'âge de 67 ans, laissant à son fils le soin de publier ses œuvres. MICHÉA.

CIRCULAIRE DE LA COMMISSION MÉDICALE DU BRABANT.

La Commission médicale du Brabant vient d'adresser la circulaire suivante à messieurs les praticiens du Brabant dont le diplôme n'a pas été soumis au visa de la Commission médicale.

Bruxelles, le 1er juillet 1846.

Messieurs,

Nous avons l'honneur de porter à votre connaissance que monsieur le Gouverneur du Brabant, par sa lettre en date du 20

(1) Ibid, p. 270.

juin 1846, n° 47576—C. n° 1045, nous informe que monsieur le Ministre de l'Intérieur lui a fait savoir que les médecins et chirurgiens qui n'ont pas encore fait viser leur diplôme ou certificat, doivent être invités à remplir cette formalité dans le plus bref délai, et qu'en cas de refus de leur part, leurs noms ne doivent pas être portés sur la liste des personnes habiles à exercer les diverses branches de l'art de guérir : nous aurions alors à prendre, à l'égard des récalcitrants, les mesures nécessaires pour assurer l'exécution des dispositions en vigueur sur ce point.

Nous croyons devoir vous communiquer, à cette occasion, l'arrêté royal, en date du 2 de ce mois, n° 447, B., qui fixe le tarif des rétributions à payer pour le visa des diplômes ou certificats conférant le droit d'exercer une branche de l'art de guérir.

LÉOPOLD, Roi des Belges, etc.

Vu l'article 3 de la loi du 12 mars 1818, portant :

« Nous réglerons ultérieurement le nombre et l'organisation des Commissions médicales provinciales, le mode d'après lequel elles exerceront leurs attributions, leurs rapports, tant avec l'administration générale qu'avec les administrations provinciales et communales, la manière de couvrir leurs frais et avances, et généralement tout ce qui est relatif à cet objet. »

Vu les art. 20, 21 et 22 de l'arrêté royal du 31 mai 1818, pris pour l'exécution de ladite loi, en vertu desquels toutes les personnes habiles à exercer l'une des branches de l'art de guérir doivent faire viser leur diplôme par la Commission médicale provinciale dans le ressort de laquelle ils veulent s'établir.

Vu l'art. 23 du même arrêté, ainsi conçu : « Ladite Commission percevra pour le visa des diplômes de doctorat et autres certificats mentionnés dans les articles précédents, une modique rétribution dont le montant sera ultérieurement déterminé. »

Considérant que le tarif actuellement suivi a été déterminé par une simple disposition ministérielle, en date du 19 novembre 1818, non insérée au journal officiel ;

Attendu, d'ailleurs, que quelques articles de ce tarif paraissent susceptibles d'être modifiés pour être mis en rapport le plus direct avec les termes de l'art. 23 précité ;

Sur le rapport de notre Ministre de l'Intérieur,

Nous avons arrêté et arrêtons :

Art. 1er. — Les rétributions à payer pour le visa des diplômes

ou certificats conférant le droit d'exercer une branche de l'art de guérir, sont fixées comme suit :

Pour le visa du diplôme des docteurs en médecine, des docteurs en chirurgie et des docteurs en accouchements, vingt francs. . . . . fr. 20 »

Pour le visa des certificats délivrés sous l'empire de la loi du 12 mars 1818, savoir :

Aux chirurgiens, aux accoucheurs et aux pharmaciens admis pour les villes, quinze. . . . fr. 15 »

Aux chirurgiens, aux accoucheurs et aux pharmaciens admis pour les campagnes, douze. . . fr. 12 »

Aux oculistes, aux dentistes et aux droguistes, vingt francs. . . . . fr. 20 »

Aux sages-femmes admises pour les villes, six francs. . . . . fr. 6 »

Aux sages-femmes admises pour les campagnes, quatre francs. . . . . fr. 4 »

Toutefois, quand le même praticien soumettra au visa plusieurs diplômes ou certificats, la rétribution sera réduite de moitié pour le second et pour le troisième visa.

Art. 2. — Tout praticien qui quittera une province pour s'établir dans une autre, ne paiera, pour le nouveau visa de son diplôme ou certificat, que la moitié de la rétribution fixée dans le tarif qui précède.

Art. 3. — Notre Ministre de l'Intérieur est chargé de l'exécution du présent arrêté.

Donné à Bruxelles, le 2 juin 1846.

(Signé) LÉOPOLD.

Par le Roi,

Le Ministre de l'Intérieur (signé) Comte de Theux.

Pour expédition conforme,

Le Secrétaire général,

(Signé) Ch. Soudain de Niederwerth.

Pour copie conforme,

Le Greffier provincial,

(Signé) Duchène.

Nous espérons, Messieurs, que vous vous empresserez de satisfaire aux résolutions du gouvernement.

Veuillez donc faire parvenir, endéans les 15 jours, et francs de

port, vos diplômes, avec le montant de la rétribution, au secrétariat de notre Commission, rue d'Assaut, N° 18.

Agréez, Messieurs, l'assurance de notre parfaite considération.

Le Secrétaire, *Le Président,*

Dr Debiefve. Dr Seutin.

Nécrologie.

On vient de recevoir la nouvelle de la mort de notre collaborateur, M. Fleussu, qui dirigeait depuis trois ans le service sanitaire de la colonie belge de Santo-Thomas de Guatimala. Il a été précédé dans la tombe par le second médecin de la colonie, M. le docteur Thielemans.

Fleussu a été pendant quelques années le prosecteur de Fohmann, à l'Université de Liége. Après avoir servi pendant quelques années dans l'armée belge, il entreprit un voyage en Allemagne à l'effet de visiter les établissements scientifiques de cette contrée, et surtout d'étudier la méthode curative de Priessnitz. Rentré en Belgique, il a rempli pendant deux ans les fonctions de médecin-adjoint de l'Institut ophthalmique, et a rendu en cette qualité les services les plus signalés à la classe ouvrière et indigente de Bruxelles et du Brabant.

Il laisse diverses productions :

1° Une dissertation *sur les vaisseaux lymphatiques*; 2° une *Revue ophthalmologique des travaux anatomiques des années* 1840 *et* 1841 (extrait des *Annales d'Oculistique*, vol. VI) ; 3° une *Revue ophthalmologique de la littérature médicale des années* 1840 *et* 1841, qu'il a publiée en collaboration avec M. Cunier ; 4° un *Mémoire sur la suture de la conjonctive après l'opération du strabisme*, inséré dans les *Annales de la Société des sciences médicales et naturelles de Malines*; 5° des *Recherches sur la valeur de la myotomie oculaire dans le traitement de l'amaurose* (*Annales d'Oculistique*, vol. IX, p. 220).

Il a en outre publié dans nos *Annales* diverses revues et analyses.

Le docteur Fleussu avait à peine 40 ans. Il sera pleuré par tous ceux qui l'ont connu, qui ont pu apprécier comme nous ses excellentes qualités du cœur. Son contrat avec la compagnie était expiré, et néanmoins il a voulu rester à son poste : il est mort victime de son dévouement aux malheureux colons de Santo-Thomas.

REPRODUCTION ET REVUE

DES

JOURNAUX ETRANGERS.

II. HYGIÈNE, DIÉTÉTIQ., PHARMACOLOGIE ET TOXICOLOGIE.

1. HYGIÈNE. — *De l'influence que l'industrie exerce sur la santé des populations dans les grands centres manufacturiers*; par M. le docteur THOUVENIN, médecin à Lille. (Mémoire couronné par la Société de médecine de Bordeaux.)

(Suite : *voir* t. V, mai 1846, p. 1.)

(Journal de Médecine de Bordeaux, mai 1846.)

CHAPITRE IV. — *Du tissage.*

On peut, sans exagération, porter à plus de quatre cent mille le nombre des ouvriers qui s'occupent aujourd'hui en France du tissage des fils de coton, de laine, de lin, de chanvre, de soie, séparément ou mêlés ensemble; il n'existe, pour ainsi dire, pas de village où l'on ne trouve un ou plusieurs tisserands, et beaucoup de départements en renferment un nombre très-considérable, comme la Seine-Inférieure, le Nord, la Somme, le Haut-Rhin, les Vosges, la Vendée, les Ardennes, la Marne, le Puy-de-Dôme, la Loire, le Rhône, le Vaucluse, le Gard, etc.

Les tisserands à bras, qui, chaque jour et pendant quatorze à seize heures, travaillent ordinairement chez eux à faire des toiles de coton, de lin ou de chanvre, dans des rez-de-chaussée humides, souvent même dans des caves, où le jour et l'air arrivent à peine, et où le soleil ne pénètre jamais, sont habituellement pâles et d'une complexion chétive : ce sont eux qui, dans les villes industrielles de Mulhouse, Sainte-Marie-aux-Mines, Rouen, Amiens, fournissent la plus grande part de malades aux hôpitaux.

L'humidité étant une condition nécessaire à la confection des toiles de coton, de lin et de chanvre, les tisserands choisissent des logements humides à l'abri des courants d'air, pour que la

couche de colle dont on se sert pour parer les trames ou les chaînes des fils ne se sèche pas trop vite et ne rende ces fils cassants : cette colle est un mélange d'eau et de farine de froment bouillies ensemble.

Quelques personnes, M. Villermé entre autres, regardent la percussion du balancier contre le cylindre, autour duquel les toiles s'enroulent, comme devant se transmettre à la poitrine ou au creux de l'estomac de l'ouvrier. Je puis assurer positivement, pour avoir connu un grand nombre de tisserands et en avoir soigné quelques-uns, qu'aucun d'eux ne s'est jamais plaint de la secousse désagréable qu'il aurait pu éprouver par la percussion du balancier : le soin de tenir la poitrine et l'épigastre à 5 ou 6 centimètres de distance du cylindre suffit pour éviter tout inconvénient ; d'ailleurs, l'usage de la navette volante, généralement usitée aujourd'hui, a accéléré beaucoup la fabrication des calicots, des toiles de chanvre, de lin, et a diminué les efforts que l'ouvrier était obligé de faire, toutes les cinq ou six minutes, pour serrer davantage le tissu : le balancier actuel est aussi plus léger que l'ancien.

Outre le grand nombre de tisserands qui travaillent en ménage, il existe, dans beaucoup de départements, de grands établissements de tissage à la mécanique d'étoffes de coton, de lin, de chanvre. A part un certain degré d'humidité, ces ateliers réunissent toutes les conditions possibles de salubrité ; le travail n'est plus pour les ouvriers qu'une affaire de surveillance. Ils sont debout devant leurs métiers, contrairement aux tisserands à bras, qui sont assis du matin au soir sur un banc qui fait corps avec le métier, les pieds faisant mouvoir alternativement deux longs morceaux de bois pour écarter les fils de la chaîne et donner passage au fil de la navette.

Les affections auxquelles les tisserands à bras m'ont paru être le plus sujets sont les rhumatismes, des douleurs dans les membres, les gonflements des extrémités, et quelquefois les hydropisies, maladies qui sont le résultat de leur habitation humide et de la mauvaise nourriture de beaucoup d'entre eux.

Les tisserands en laine, si nombreux à Sedan, Reims, Elbeuf, Louviers, Lodève, Carcassonne, Roubaix, travaillent isolément ou en fabrique : dans ce dernier cas, les ateliers sont vastes, bien aérés. Ceux qui sont chargés de la confection des draps les plus larges et les plus gros éprouvent le plus de fatigue, et redoutent plus particulièrement les percussions, à cause du poids considérable du balancier dont ils se servent.

Les tisseurs d'étoffes brochées en laine, laine et coton, laine

et soie, soie, laine soie et coton, ont d'immenses actions de grâces à rendre à Jacquart, homme bon, simple et modeste, pour l'heureux perfectionnement qu'il a apporté à cette fabrication, par l'invention d'une machine simple, peu coûteuse, à la portée de la classe pauvre des tisseurs. Par elle, l'art du tissu a éprouvé une révolution complète; l'ouvrier n'est plus qu'une machine à mouvement, qui produit sans peine, promptement et à bon marché, des étoffes ornées des dessins les plus riches et les plus compliqués, que leur bon marché met à la portée de toutes les classes de la société. Cette machine, loin de diminuer le nombre des métiers, l'a au contraire décuplé ; elle a fait élever d'innombrables manufactures de tissus dans toute l'Europe, et donné au commerce de ce genre une activité et une extension inouïes. Mais ce n'est point seulement sur le développement plus grand de l'industrie que l'on doit être reconnaissant à Jacquart, c'est encore sous le rapport de la santé des ouvriers. Sa machine à tisser exigeant une élévation de l'atelier d'autant plus grande que la confection des pièces est plus façonnée, a forcé les propriétaires des maisons et les architectes à construire pour les ouvriers à la Jacquart des chambres très-élevées, où l'air et la lumière arrivent facilement : aussi ces ouvriers sont maintenant, sous le rapport du logement, dans les conditions les plus favorables à la santé.

Les ouvriers qui tissent les soieries à Lyon, Saint-Etienne, Avignon, Nîmes, et dans le midi de la France, sont des hommes et des femmes qui occupent le premier rang parmi les ouvriers, sous le rapport des salaires, de l'intelligence et de la propreté. La fabrication des étoffes de soie se fait par familles isolées : les négociants achètent les soies et les confient à un chef d'atelier qui possède depuis deux jusqu'à huit métiers ; lui et sa famille travaillent sur tous ceux qu'ils peuvent faire marcher; les autres sont occupés par de simples ouvriers appelés *compagnons*, qui couchent et prennent le plus souvent leurs repas chez le chef d'atelier, qui les leur retient sur leur salaire. Il y a encore les apprentis, jeunes gens de quinze à dix-huit ans, et de jeunes garçons de neuf à quatorze ans, appelés *lanceurs*, parce qu'ils lancent la navette pour la confection de certaines étoffes brochées et très-façonnées.

Les chefs d'ateliers sont intéressés à maintenir par leur habileté la prospérité de la fabrique de Lyon; les compagnons sont des ouvriers nomades qui affluent à Lyon quand le commerce prospère, et qui le quittent lorsqu'il languit.

Il n'existe pour la fabrication des étoffes de soie qu'une grande

manufacture connue sous le nom de la *Sauvagère*, située près de Lyon ; elle réunit quatre ou cinq cents travailleurs.

Le tissage des étoffes de soie ne présente rien de défavorable à la santé des ouvriers.

CHAPITRE VII.—*Manufactures d'indiennes, teintureries, apprêts.*

C'est surtout à Mulhouse et à Rouen que l'on trouve des manufactures d'indiennes sur une vaste échelle ; diverses opérations qui se pratiquent pour l'impression des toiles de coton ne présentent rien de particulier, ni aucune cause directe d'insalubrité pour les ouvriers.

Il existe dans toutes nos grandes villes industrielles de grands établissements de teinture et d'apprêts : dans les premiers, on lave les pièces d'étoffes, ensuite on les teint, on les porte à l'étuve, au séchoir, sur le pré où on les arrose, puis on les passe au cylindre, on les calandre, on les presse.

Les étoffes de laine courte sont soumises au foulage, qui consiste dans la pression des pièces de drap mouillées et placées dans des auges où des pilons les frappent et les agitent : cette opération tend à resserrer les fils du drap, à lui donner de la force, et se fait dans l'humidité.

Arrive ensuite le lainage, qui consiste à garnir de poils très-serrés la surface du drap, au moyen d'une machine garnie de chardons, sur lesquelles on fait passer les pièces de drap mouillées, et dans toute leur largeur.

Les poils trop longs qui sont à la surface du drap sont ensuite coupés par une machine appelée *tondeuse*, espèce de rasoir aussi large que l'étoffe : un jeune garçon de douze à seize ans est ordinairement blotti sous cette machine pour surveiller la rotation et la tonde du drap ; aussi est-il continuellement couvert des menus poils qui se détachent.

Avant de livrer à la consommation les étoffes de toute espèce, en coton ou en laine, on leur donne les derniers apprêts dans des ateliers ordinairement fermés et très-chauds : des femmes sont habituellement chargées de ces opérations pour les étoffes de coton ; mais pour les étoffes de laine, surtout pour les pièces de drap qui sont très-lourdes, le travail est fait par des hommes.

Dans les ateliers de teinture, et surtout d'apprêts, il y a une température humide de 35° à 40° centigrades, qui détermine chez beaucoup d'ouvriers une transpiration abondante. Ceux qui se trouvent constamment dans ces ateliers m'ont paru jouir d'une bonne santé, et m'ont dit avoir observé que la chaleur humide les débarrassait promptement de leurs rhumes et de douleurs

rhumatismales. Mais les ouvriers qui, par leurs fonctions, sont obligés de passer alternativement d'ateliers aussi chauds dans des courants d'eau froide, pour le lavage des étoffes, surtout pendant l'hiver, peuvent contracter des maladies fort graves, surtout s'ils n'usent d'aucune précaution. Les ouvriers, porteurs d'ulcères chroniques aux extrémités inférieures, obtiennent souvent leur guérison par suite d'un travail prolongé dans de l'eau courante.

CHAPITRE VIII. — *Ateliers de construction.*

Il existe en France plus de cent cinquante ateliers dans lesquels on fabrique les machines à vapeur et autres, nécessaires aux travaux des manufactures. Tous ces établissements sont vastes, bien éclairés, bien sains; les ouvriers y reçoivent de forts salaires et sont assujettis à des ouvrages qui nécessitent un grand déploiement de forces : ce sont des forgerons, des tourneurs en bois ou sur métaux, des ajusteurs, des menuisiers ou charpentiers, des manœuvres. Ils ont généralement l'apparence d'une belle santé : d'abord, parce que les travaux qu'ils font exigent une certaine force musculaire; ensuite, parce que leurs salaires leur permettent une nourriture plus substantielle qu'à beaucoup d'autres ouvriers; en troisième lieu, parce que l'absorption de molécules de fer à l'intérieur du corps contribue à entretenir et à augmenter leur vigueur. Autant le fer paraît être favorable à la santé des ouvriers qui le manient, autant l'acier semble être funeste à ceux qui, par état, sont dans le cas d'en absorber des parcelles par les conduits respiratoires. Il m'a été assuré que presque tous les ouvriers employés, en Angleterre, au repassage des aiguilles, mouraient poitrinaires à l'âge de trente à quarante ans, et l'on considère leur fin prématurée comme le résultat de la pénétration dans les poumons de molécules d'acier; il en est de même des polisseurs d'aiguilles de montres à Genève. Il y a à Lille, à Tourcoing, à Sedan, Louviers, Elbeuf, Reims, etc., quelques ouvriers seulement chargés d'un travail à peu près identique : ce sont ceux qui s'occupent à organiser les dents des peignes employés au peignage de la laine; j'en ai vu quelques-uns succomber à la phthisie.

Il existe encore un grand nombre d'industries que les bornes d'un mémoire ne me permettent pas d'aborder : je dirai cependant quelques mots de trois ou quatre qui se rattachent à cet immense développement commercial qui s'est manifesté en France depuis 1815.

Les fabriques de cardes, si indispensables dans les filatures de

coton, de laine, de lin et d'étoupes, occupaient encore, il y a une quinzaine d'années, un grand nombre d'ouvriers dans nos principales villes industrielles. Aujourd'hui, de vastes ateliers, qui renferment cent ou deux cents métiers propres à la fabrication des cardes, n'occupent plus que six ou vingt ouvriers, un par dix métiers! Si c'est une chose admirable à voir, que des machines fassent, pour ainsi dire seules, des ouvrages d'une grande perfection, d'un autre côté, ne doit-on pas redouter cette substitution continuelle des machines à l'opération manuelle de l'ouvrier? Je reprendrai cette question plus loin.

Les fabriques de sucre indigène emploient un grand nombre d'ouvriers dans le nord de la France, pendant trois ou quatre mois d'hiver; quelques-unes d'elles, fonctionnant sans interruption et la nuit et le jour, font alterner les ouvriers au travail; elles n'offrent que ce seul inconvénient: toutes les autres opérations ne diffèrent en aucune manière des travaux ordinaires de la campagne. Les raffineries de sucre occupent, pendant tout le cours de l'année, un certain nombre d'hommes robustes : la chaleur humide des ateliers ne m'a paru, en aucune circonstance, préjudiciable à la santé.

Quant aux fabriques de céruse, qui occupent un assez grand nombre d'ouvriers dans les environs de Lille et près de Paris, malgré les modifications avantageuses apportées à cette fabrication par M. Théodore Lefèvre, industriel distingué de la commune des *Moulins lès-Lille*, elles devraient être entièrement interdites, comme funestes à la santé des ouvriers, et la céruse remplacée dans les arts par l'oxyde d'antimoine, comme on l'a proposé dernièrement; car ce ne sont pas seulement les ouvriers des fabriques de céruse qui en éprouvent de fâcheux effets, mais encore les broyeurs de couleurs, les peintres en bâtiment, les fabricants de cartes et de papiers peints, les potiers de terre, les affineurs, les plombiers, les ferblantiers, enfin tous ceux qui absorbent des molécules de plomb.

Récapitulation. — En examinant attentivement chacune des opérations pratiquées dans les manufactures des grands centres industriels, je n'ai trouvé de véritablement funeste à la santé des ouvriers que le battage du coton à la baguette, le battage et le cardage de la filoselle. J'ai dit plus haut que le battage du coton à la baguette était, pour ainsi dire, relégué dans quelques filatures du département du Nord; qu'un petit nombre de fabricants qui en faisaient encore usage en Alsace y employaient alternativement chacun des ouvriers. Il serait bien à désirer, ou que ce travail pût être entièrement fait à la mécanique, ou que les fila-

teurs du département du Nord agissent comme ceux du Haut-Rhin, en y mettant alternativement tous les ouvriers; il serait encore bien utile, pour parer autant que possible à la présence dans la bouche, dans la gorge, dans les fosses nasales et dans les bronches, de la poussière et du duvet cotonneux voltigeant dans les ateliers, que les ouvriers fissent un usage fréquent de boissons adoucissantes, comme l'eau d'orge, de chiendent, de guimauve, de réglisse. Il serait même à désirer que, dans toutes les filatures de coton, on tînt toujours à la disposition des ouvriers, dans une petite pièce hors des ateliers, une légère décoction de réglisse, qu'ils pourraient boire à volonté pendant les heures de leur travail : cette boisson salutaire et peu dispendieuse leur éviterait quelquefois de sérieuses maladies.

On doit aussi vivement souhaiter que les opérations du battage et du cardage de la filoselle aient lieu au grand air, ou que l'on invente une machine propre à remplacer les ouvriers dans ce travail insalubre. En attendant ces améliorations, ces derniers doivent user de tous les moyens de propreté possibles, prendre fréquemment de grands bains, avoir une bonne nourriture et boire chaque jour un peu de vin à leurs repas. Les expériences faites dernièrement par M. le docteur Rognetta ont prouvé que les aliments bien substantiels et les boissons stimulantes étaient d'excellents préservatifs contre les miasmes et l'action délétère de certaines substances.

Puisque l'on trouve si peu de causes directes d'insalubrité pour les ouvriers dans les grands centres industriels, et qu'il est évident que le dépérissement de la classe ouvrière existe réellement, quels sont donc les motifs de cette dégradation? C'est ce que je vais examiner dans la section suivante.

SECTION DEUXIÈME.

En thèse générale, quelle que soit l'occupation habituelle des ouvriers dans les manufactures, ils ont, dans la campagne, non-seulement une meilleure conduite que dans les villes, mais, toutes choses étant d'ailleurs semblables, ils sont mieux portants, surtout les enfants. On a remarqué aussi que dans les petites villes manufacturières, comme Tourcoing, Sedan, Rethel, Louviers, Tarare, ils avaient une meilleure santé et plus de moralité qu'à Lille, Rouen, Amiens, Mulhouse.

Une preuve encore que ce n'est pas le travail des fabriques qui nuit directement à l'ouvrier, c'est que, d'après les tables de mortalité que M. le docteur Villermé a pu se procurer à la mairie d'Amiens, les professions de maçons, cordonniers, tailleurs d'ha-

bits, offraient autant de malades que le travail des manufactures.

C'est donc par les conditions de logement, de nourriture, de vêtements, de fatigue et de mœurs, que nous trouverons les causes directes du dépérissement de la classe ouvrière. Je vais parcourir ces diverses conditions, en commençant par la ville de France qui présente la classe ouvrière dans le dernier état de dégradation.

CHAPITRE Ier. — *Classe ouvrière de la ville de Lille et des environs.*

La ville de Lille, bâtie sur un terrain marécageux, entrecoupée de nombreux canaux qui la traversent dans tous les sens, arrosée par des pluies fréquentes et abondantes, présente une atmosphère presque continuellement humide. A cet état, on peut ajouter la viciation constante de l'air par des émanations de toute espèce, comme celles qui proviennent de la vidange des fosses d'aisances, celles des immondices des rues, des égoûts, celles des distilleries de vinaigre, d'eau-de-vie de grains, celles des amidonneries, des teintureries, des fuites du gaz employé à l'éclairage, de la fumée résultant de la combustion du charbon de terre, etc.

On trouve encore de plus grandes causes de viciation de l'air, si l'on pénètre dans les caves et dans les cours qui servent de logement à la majeure partie des vingt-trois mille ouvriers de Lille.

Les caves dans lesquelles est entassée une population nombreuse sont presque toutes sombres, froides, humides; quelques-unes sont divisées en compartiments plus humides les uns que les autres; beaucoup présentent à peine 1 mètre 600 millimètres de hauteur; plusieurs renferment des pompes qui augmentent encore l'humidité : la main, appuyée sur les murs, perçoit la sensation d'une humidité froide; une faible lumière y pénètre seulement par l'escalier, qui sert habituellement de fenêtre; le soleil ne les réchauffe jamais de ses rayons bienfaisants : on y entasse fréquemment des chiffons, des légumes, ou des peaux d'animaux, qui dégagent des émanations de toute espèce.

Le nombre des cours habitées, quoique encore considérable, est cependant moins grand qu'il ne l'était il y a quelques années, grâces à la sollicitude de l'administration municipale, qui a obtenu la fermeture d'un certain nombre d'entre elles par l'établissement de trottoirs dans plusieurs rues.

Les cours, qui étaient au nombre de quatre-vingt-quatorze il y a une dixaine d'années, sont un peu moins nombreuses aujourd'hui, par suite du percement de plusieurs rues dans le quartier Saint-Sauveur. De longues ruelles noires, malpropres, conduisent ordinairement dans ces cours, où des maisons de chétive apparence renferment dans des chambres sales de nombreuses familles avec leurs provisions; les caves qui y sont situées sont encore plus malsaines que les autres : les lieux d'aisances y sont ordinairement d'une saleté extrême.

Le reste de la population ouvrière, qui n'habite pas les cours ou les caves, demeure dans diverses rues étroites de la ville. Si leurs chambres sont loin d'offrir toutes les conditions désirables de salubrité, elles présentent cependant des avantages incontestables sur l'habitation des caves ou des cours.

Leur mobilier se compose d'un mauvais bois de lit, avec une paillasse et quelques lambeaux de couvertures, de deux ou trois caisses ou d'une petite armoire, d'une table, de deux ou trois chaises et d'un poêle : tous ces objets sont en rapport avec la saleté des vêtements, de la figure et des mains des ouvriers, et des murailles nues de leurs chambres.

Leur nourriture se compose ordinairement d'une décoction d'orge ou de chicorée torréfiée pure, ou mêlée à un peu de café, coupée avec du lait, ou simplement de l'eau avec moitié lait; plus, des tranches de pain et de beurre; mais c'est surtout la décoction de café, ou mieux de chicorée, qui fait les délices de la classe ouvrière de Lille : beaucoup de femmes en prennent quatre ou cinq fois par jour, sans sucre ou avec un petit morceau de sucre candi qu'elles tiennent dans la bouche. La plupart des ouvriers ou des ouvrières qui vont en fabrique emportent un morceau de pain avec un peu de beurre ou de fromage pour leur déjeûner.

Pour le dîner, beaucoup d'ouvriers mangent une ou deux fois par semaine de la soupe grasse avec du bœuf ou de la vache, encore de qualité inférieure, ou de la mauvaise charcuterie. Il y a même de pauvres ouvriers qui ne mangent pas de viande une fois tous les six mois : les autres jours, ils font usage de soupes maigres ou d'un mélange de lait battu avec du pain, des pommes ou un peu de riz; quelquefois de poisson de mer, comme le congre et les harengs, seuls poissons que leur bas prix permette à l'ouvrier d'acheter à l'état frais; quelquefois de limandes ou de raies avariées. Le lait battu compose la base principale de la nourriture le vendredi et le samedi; le souper consiste en soupe

et quelques légumes. L'eau est la boisson ordinaire pendant les repas.

Les ouvriers des fabriques de construction, de tulle, les ferblantiers, qui ont des salaires plus élevés, et qui font des ouvrages plus fatigants, mangent plus souvent de la viande.

D'après ce qui précède, on voit que le régime animal entre pour une trop faible proportion dans la nourriture de la classe ouvrière de Lille ; mais comment serait-il possible, par exemple, qu'une malheureuse dentellière, qui gagne 30 ou 40 cent. par jour (et il y en a un grand nombre dont les salaires ne sont pas plus élevés), pût avoir des aliments plus substantiels? Beaucoup d'ouvriers, il est vrai, pourraient manger plus de viande s'ils dépensaient moins au cabaret ; mais ce serait un immense progrès de leur part et que l'on ne peut pas espérer de longtemps. L'ivrognerie est surtout le vice dominant des ouvriers de Lille, et il y a plus de cent cinquante ans qu'on leur fait le même reproche : c'est l'eau-de-vie de grains qui est, par son bas prix, le fléau de la classe ouvrière. Il y a une foule d'individus qui dépensent la moitié du salaire de la semaine en boissons fermentées : c'est principalement les dimanches et lundis soir que les ouvriers s'entassent au cabaret avec leurs femmes : ils commencent par boire de la bière; mais ils lui préfèrent de beaucoup l'eau-de-vie, qu'on leur vend, du reste, à très-bon marché, 5 cent. le petit verre, qui me semble pouvoir contenir 5 à 60 grammes d'eau.

Si l'ivrognerie est un vice odieux dans l'ouvrier, en ce qu'elle vide sa bourse et ruine sa santé, elle devient révoltante et digne du plus profond mépris quand elle a lieu chez les femmes ; et il n'est que trop vrai qu'un grand nombre de femmes, à Lille, s'abandonnent à leur passion pour l'eau-de-vie, soit en accompagnant leurs maris au cabaret, soit en s'y rendant seules, et que plusieurs d'entre elles s'exposent par leur état d'abrutissement, déterminé par de nombreuses libations alcooliques, à être dans les rues la huée des petits garçons qui les poursuivent de leur cohue et de leurs clameurs.

Une chose plus révoltante encore, mais qui est au moins digne de compassion, parce qu'elle est la suite de l'entraînement et des mauvais exemples d'individus ordinairement plus âgés, c'est la vue de petits garçons dans un état complet d'ivresse ! fait que l'on remarque souvent à Lille. Le département du Nord, un des plus industriels de toute la France, renferme un nombre considérable d'ouvriers, qui se distinguent du reste des habitants par leurs mœurs, leurs habitudes ; mais nulle part ce caractère n'est

aussi tranché qu'à Lille. Cependant quelques ouvriers seulement de cette ville ont conservé, par leur genre de travaux, des traditions anciennes : ce sont surtout les filtiers et les dentellières, nés presque tous à Lille de parents qui faisaient le même métier. Les filatures de coton, de laine, de lin, offrent déjà un certain mélange d'ouvriers étrangers, et dont on trouve le nombre encore plus considérable dans d'autres professions, dans les fabriques de tulle, par exemple, dans lesquelles on voit beaucoup de Belges et d'Anglais. D'autres établissements, comme les fabriques et les raffineries de sucre, par la suspension de leurs travaux pendant une partie de l'année ; les fabriques de céruse, par l'interruption forcée des travaux chez la plupart des ouvriers, par suite de maladies, présentent une population flottante.

Les ouvriers de Lille, hommes et femmes, sont généralement petits, pâles, maigres, et présentent un état physique et moral inférieur à celui des ouvriers des fabriques de Rouen, Mulhouse, Lyon. Les établissements dans lesquels il y a mélange des sexes offrent plus d'exemples de débauche, de libertinage, que ceux qui n'emploient que l'un des sexes, comme les filteries, les filatures de lin. Les jeunes dentellières, assidues à leur ouvrage, sous les yeux de leurs mères, conservent aussi des mœurs plus pures. Les jeunes ouvrières de Lille sont en général trop libres d'elles-mêmes : outre le contact habituel et journalier avec des hommes dans les ateliers, les promenades hors de la ville sans la surveillance de leurs parents, la fréquentation des bals les jours de fête, les dimanches et les lundis, en entraînent beaucoup à la débauche.

Si la conduite des jeunes filles est généralement répréhensible, une fois devenues épouses et mères, leur conduite mérite des éloges. Les exemples d'adultères sont rares parmi les ouvrières mariées ; elles sont bonnes mères et tiennent beaucoup à leurs enfants, souvent malgré leur état de gêne ou de misère. Sur deux cents à deux cent cinquante enfants que l'on déposait chaque année au tour de l'hôpital général, on supposait qu'aucun n'appartenait à la classe ouvrière de Lille, et que la plupart provenaient plutôt de la Belgique que du département du Nord.

Les ouvriers dont les gains sont bornés ou éprouvent peu de variations ont plus d'ordre que ceux dont les gains sont plus forts ; ainsi les filtiers, qui sont des hommes d'un certain âge et dont les gains s'élèvent à 1 fr. 50 ou 75 c. par jour, et de jeunes garçons de douze à dix-huit ans, sont moins enclins au libertinage et à l'intempérance que les ouvriers des filatures de coton, de laine, des fabriques de tulle et de tissus de laine. Les filtiers,

forcés de compter avec eux-mêmes, ont souvent une nourriture meilleure que d'autres ouvriers qui ont des salaires plus élevés ; leurs mœurs sont plus douces, leur caractère plus égal que ceux des autres ouvriers, et ils sont généralement plus faciles à conduire.

Si je me suis très-étendu sur la population ouvrière de Lille, c'est qu'elle se trouve malheureusement placée par la dégradation au dernier degré de l'échelle sociale. Malgré les efforts du conseil municipal pour améliorer la situation, par le percement de plusieurs rues dans les quartiers les plus malsains, par l'établissement des salles d'asile, des écoles gratuites, etc.; nonobstant l'application de la loi sur le travail des enfants dans les manufactures, je ne m'aperçois pas qu'il y ait aujourd'hui le moindre progrès vers une amélioration et la moindre différence entre la classe ouvrière actuelle et ce qu'elle était il y a dix ou vingt ans : aucune, certes, parmi toutes les villes de France, n'est plus fortement enracinée à son sol et ne tient plus à ses préjugés.

Les ouvriers de Roubaix et de Tourcoing ne ressemblent en aucune manière à ceux de Lille, et leur sont supérieurs sous le rapport de la taille, de la santé, des vêtements, des logements et de la nourriture. Roubaix, qui renfermait sept à huit mille habitants il y a quarante ans, en contient aujourd'hui vingt-cinq à vingt-six mille : Roubaix et Mulhouse sont les deux villes de France qui, depuis un demi-siècle, ont acquis le plus de développement et de prospérité, grâces à l'industrie. Parmi toutes les villes de fabrique, aucune ne présente un aspect aussi singulier que Roubaix ; plusieurs longues et larges rues offrent une série de maisons, sur chacune desquelles on lit le mot *fabricant*. C'est qu'en effet il y a plus de cinq cents fabricants d'étoffes dites de *Roubaix;* il y a en outre douze filatures de coton et vingt-cinq filatures de laine : toutes ces fabriques occupent environ vingt-cinq mille ouvriers, parmi lesquels on compte dix mille tisserands, le plus grand nombre à la Jacquart. La moitié environ des ouvriers habite Roubaix et loge dans de jolies petites maisons construites pour eux dans les faubourgs, et dans lesquelles, moyennant 7 à 8 fr. par mois, ils ont deux ou trois petites chambres, quelquefois avec un petit jardin ; l'autre moitié habite les villages situés à une ou deux lieues de Roubaix : ces derniers ont plus d'ordre et de meilleures mœurs que ceux de la ville.

Une grande partie de la classe ouvrière de Roubaix n'est point originaire du pays; mais elle se recrute par une émigration continuelle de Belges, qui y sont appelés quand le commerce devient plus florissant, comme à l'époque actuelle. Aussi les

fabricants font-ils venir à grands frais beaucoup d'ouvriers de Gand, Bruxelles, etc. Les ouvriers étrangers sont les plus turbulents, les plus enclins à la débauche, à l'ivrognerie.

On ne voit point à Roubaix d'ouvriers infirmes, bossus et estropiés, comme à Lille : si quelques-uns se trouvent dans ces conditions, ils forment une exception à la masse.

Tourcoing, sur une population de trente mille habitants, renferme une centaine de négociants adonnés à l'achat et au peignage de la laine, et qui occupent cinq à six mille ouvriers: soixante-six fabricants de tissus de laine et coton en emploient à peu près autant. Tous ces ouvriers se trouvent dans des conditions de nourriture, de logement et de vêtements, analogues à celles des ouvriers de Roubaix, et ils leur sont supérieurs sous le rapport de la moralité.

CHAPITRE II. — *Classe ouvrière de Rouen et des autres villes industrielles de la Seine-Inférieure.*

Rouen renferme environ cent mille habitants, dont la moitié compose une population ouvrière occupée dans cent filatures de coton et dans cent quarante fabriques de rouenneries, mouchoirs, châles, toiles, calicots, indiennes : il y a, en outre, cinquante mille ouvriers, à peu près, qui sont disséminés dans les villages à une ou deux lieues de Rouen.

Cette ville, traversée par la Seine, renferme une grande quantité de vieilles rues, très-étroites, tortueuses, inégales, montantes, dans lesquelles on voit une foule de maisons sales et à demi ruinées, à portes basses, où l'on n'entre qu'en baissant la tête et en descendant deux ou trois marches usées. C'est dans ces maisons, que le soleil n'éclaire jamais, que la majeure partie de la classe ouvrière de Rouen a fixé son domicile, dans des chambres sales, petites, obscures, humides ; aussi voit-on beaucoup de rachitiques à Rouen et un grand nombre d'ouvriers maigres et chétifs. Après les ouvriers de Lille, ce sont ceux de Rouen qui sont le plus mal logés et qui se trouvent dans le plus grand état d'infériorité physique : c'est le résultat du libertinage, de l'intempérance et du mauvais état des logements.

Leur nourriture est à peu près la même que celle des ouvriers de Lille ; ils mangent cependant plus souvent de la viande et du poisson de mer : leur pain est de bonne qualité. Beaucoup dépensent une partie de leurs gains à boire du cidre ou de l'eau-de-vie, résultat de la distillation du cidre ou du vin ; l'ivresse y est moins sombre qu'à Lille, parce que l'eau-de-vie y est de meilleure qualité.

Beaucoup d'ouvriers vont maintenant habiter le faubourg Saint-Sévère, où, avec un prix analogue à celui qu'ils paieraient à Rouen, ils ont un logement plus vaste, plus aéré, quelquefois avec un petit jardin.

Le sort des ouvriers situés dans les villages qui avoisinent Rouen est supérieur à celui des ouvriers de la ville : avec des salaires aussi élevés, ils paient tout meilleur marché, ils sont mieux nourris ; étant moins débauchés, moins intempérants, ils font des économies, mettent à la caisse d'épargne ou achètent un champ. Les tisserands en coton sont les moins payés : ils gagnent 1 fr. par jour l'hiver, et l'été ils s'adonnent aux travaux de la campagne. Ils jouissent généralement d'une bonne santé.

Un établissement remarquable sous beaucoup de rapports est celui de M. Héliot, qui a fondé à Fontaine-le-Bourg, à deux myriamètres de Rouen, une vaste filature de coton dans laquelle il occupe trois cent cinquante à quatre cents ouvriers, la plupart Franc-Comtois : il les fait travailler douze heures de nuit ou de jour, en les faisant alterner la semaine suivante. Il a fait construire pour eux des maisons dans lesquelles il leur concède un logement sain et commode, à un taux très-modéré, qu'il leur retient sur leur salaire ; les sexes travaillent dans des ateliers séparés, ce qui est un immense avantage pour la moralité. M. Héliot leur a inculqué des habitudes d'ordre et d'économie, telles, que tous les mois, il y a, de la part des ouvriers, au moins une centaine de dépôts à la caisse d'épargne. Ce que je trouve à blâmer dans cet établissement, c'est le travail de nuit, qui est pernicieux, en général, pour tous les ouvriers, et à plus forte raison pour les jeunes.

La fabrique de Rouen se trouve depuis un an dans une position singulière. Beaucoup d'ouvriers qui tissaient du coton depuis longues années, ayant trouvé plus d'avantages à tisser du lin, ont abandonné cette première branche d'industrie, de manière qu'aujourd'hui, quoique le commerce soit dans un état de prospérité, beaucoup de fabricants de rouenneries ne trouvant pas à faire fabriquer suffisamment, selon leurs besoins, ont diminué beaucoup leurs commandes dans les filatures de coton, qui, par là, ont été forcées de ralentir leur production. Les fileurs, qui, à Lille et à Mulhouse, gagnent par semaine environ 18 fr., ne gagnent que 12 à 14 fr. à Rouen ; aussi un certain nombre d'ouvriers ont-ils quitté la filature pour le travail des chemins de fer ou d'autres industries.

Les ouvriers des fabriques d'Elbeuf, de Louviers, de Darnetal, d'Aumale, sont, en majeure partie, bien vêtus, bien nourris, bien

logés ; ils ont plus d'ordre, plus d'économie, moins d'occasions de se déranger que les ouvriers de Rouen. Il est très-rare, à Elbeuf et à Louviers, de voir des ouvriers dans un état d'ivresse : on est parvenu à ce résultat, dans plusieurs manufactures, en imposant une amende à l'homme vu ivre, ou qui ne se présente pas dans les ateliers le lundi, et en le renvoyant des fabriques à la seconde ou troisième fois. Les mêmes résultats ont été obtenus à Sedan par les mêmes moyens.

Beaucoup d'ouvriers des fabriques d'Elbeuf, Louviers, etc., habitent la campagne : ils viennent tous les matins à la ville en apportant leurs provisions de la journée, et s'en retournent le soir. Laborieux, économes, beaucoup mettent à la caisse d'épargne ou acquièrent une petite propriété.

(*La suite à un prochain numéro.*)

IV. PATHOLOGIE, THÉRAPEUTIQ. ET CLINIQ. MÉDICALES.

PATHOLOGIE INTERNE. — 2. *Recherches sur les formes de l'ictère essentielle ;* par CHARLES OZANAM, interne à l'Hôtel-Dieu.

(Gazette médicale de Paris, N° 20, 1846.)

I. — *Ictère simple.* — Cette forme présente à considérer deux variétés. Dans la première, les changements de coloration de la peau sont les seuls accidents, forment les seuls symptômes de la maladie, et les ictériques n'éprouvent aucune espèce d'incommodité.

Dans le second degré, la manifestation de l'ictère est précédée d'un dérangement notable dans les fonctions de la vie intérieure. Une soif considérable est souvent le premier signe : l'appétit se perd, la langue se couvre d'un enduit rougeâtre, la bouche est mauvaise. La plupart des malades éprouvent un sentiment de tension, d'oppression à la région précordiale, des tiraillements douloureux à l'épigastre et dans l'hypochondre droit ; quelquefois même on y trouve un gonflement véritable, et la douleur très-vive suit la direction du canal cholédoque. Souvent alors les malades vomissent les aliments qu'ils avaient pris ; ils ont des flatuosités, des aigreurs, des dérangements dans la digestion, des frissons alternant avec des bouffées de chaleur.

Presque toujours les ictériques éprouvent une grande lassitude, de l'aversion pour le mouvement, ou une tendance au sommeil.

Suivant Portal, le bras droit tomberait quelquefois dans une sorte de stupeur et presque de paralysie.

Après qu'un certain nombre de ces phénomènes se sont manifestés, l'ictère apparaît. Il serait difficile d'indiquer une époque précise pour cette coloration, car on l'a vue se produire quelquefois au moment même où agissait la cause déterminante, tandis que souvent elle ne s'est déclarée que un, deux, trois ou quatre jours plus tard, et lorsque le malade avait déjà présenté les accidents décrits plus haut. Quoi qu'il en soit, au moment de son apparition, la jaunisse se manifeste sur la sclérotique et la conjonctive. Cette partie est ordinairement d'un blanc nacré, devient terne, jaunâtre, et c'est parfois le seul signe auquel on puisse reconnaître l'invasion de l'ictère. Bientôt apparaissent sur les tempes des taches jaunes et des lignes de même couleur occupant les rides de la peau; elles gagnent les oreilles, les ailes du nez, grandissent et forment des plaques. Les lèvres, d'abord pâles, deviennent d'un jaune livide; le nez et les joues sont les dernières parties de la face qui changent de couleur (Cornac, thèse, 1800). Presque au début, on remarque un cercle jaune autour des ongles et des lignes qui suivent les rides de la paume de la main.

Bientôt la jaunisse s'étend au cou, aux membres, gagne le tronc; tout le corps enfin devient jaune, sans en excepter quelquefois même les cheveux (Scherck).

Dans certains cas, l'ictère, au lieu d'être général, se borne à quelques parties du corps. Les auteurs nous ont transmis un certain nombre d'observations de ces ictères partiels.

Joseph Frank l'a vu occuper une moitié du corps, et ne s'étendre à l'autre que quinze jours plus tard.

Behrens rapporte l'observation d'un vieillard qui prit une attaque d'apoplexie à la suite d'un accès de colère, et qui fut frappé à la fois d'hémiplégie et d'ictère du côté droit.

On l'a vu borné aux ongles, aux mamelles (Pollinus), au tronc et aux membres, la face gardant sa couleur naturelle (Bartholin), enfin, en plaques disséminées sur tout le corps.

La peau des ictériques est ordinairement sèche; d'autres fois elle laisse échapper une sueur jaune de saveur amère (Borelli) qui pénètre et tache le linge. Les malades éprouvent un prurit interne et très-incommode, surtout pendant la nuit. Suivant quelques auteurs, ce prurit serait en raison inverse de la coloration jaune de la peau. Parfois il s'accompagne d'une éruption miliaire ou d'une urticaire générale ou partielle; d'autres fois il donne lieu à une légère desquamation furfuracée. On l'a vu, chez de jeunes enfants, être assez intense pour les priver de sommeil. Rarement les urines restent claires et gardent leur couleur

habituelle ; le plus ordinairement elles deviennent d'un jaune safrané et laissent déposer un sédiment briqueté. Quelquefois elles sont verdâtres, spumeuses, amères.

La constipation est fréquente chez les ictériques ; mais souvent aussi on les voit affectés d'une diarrhée bilieuse. Les matières gardent parfois leur couleur habituelle ; d'autres fois elles sont d'un gris cendré, ou formées de mucosités blanchâtres d'une odeur aigre et fétide (Monro et Pringle).

Quant au fait de la perversion des sens chez les ictériques, il est vrai que souvent la bouche trouve aux substances les plus douces une saveur amère ; mais il est fort rare que l'œil perçoive les objets colorés en jaune. Morgagni nous en donne une explication satisfaisante, en faisant remarquer que la jaunisse est rarement portée à un tel degré d'intensité, que la cornée et les humeurs de l'œil elles-mêmes soient pénétrées de la matière colorante.

Le pouls des ictériques est presque toujours faible, excepté dans les premiers jours, où, pendant que le malade éprouve de vives douleurs épigastriques, le pouls devient dur, fréquent, serré, en un mot fébrile. Une fois les douleurs passées, le pouls baisse, se ralentit au point de ne donner souvent que 30 ou 40 pulsations par minute.

Lorsque la coloration s'est prononcée, les malades sont ordinairement fort soulagés, et les accidents nerveux cessent au bout de peu de jours. Chez les personnes délicates, ils persistent plus longtemps.

La jaunisse elle-même disparaît au bout de trois, cinq, sept, quatorze jours ; car nous ne parlerons pas ici de ces cas d'ictère fugitif où la couleur morbide ne dura qu'une demi-heure ou même une demi-journée. Parfois l'ictère semble résister à tous les moyens et dure un ou plusieurs mois ; mais il est rare que l'ictère idiopathique ait une durée pareille.

Un des premiers signes de guérison, c'est que les urines redeviennent limpides et que les matières fécales reprennent leur couleur naturelle : en même temps la peau devient plus blanche ; la soif, le prurit diminuent ; la langue se nettoie, et la bouche perd son amertume ; le goût redevient normal, et l'appétit reprend sa première vigueur.

L'ictère se termine ordinairement sans crise : plusieurs faits prouvent néanmoins que ces crises peuvent exister. Ainsi l'on a vu la jaunisse se terminer par l'établissement d'hémorrhoïdes, par des épistaxis, quelquefois salutaires, d'autres fois assez graves pour causer la mort (Monro et Pringle). Une diarrhée bilieuse,

des sueurs abondantes, des urines sédimenteuses, se sont aussi montrées comme symptômes critiques ; Stoll a vu, chez plusieurs ictériques , l'éruption miliaire ou la scarlatine juger la maladie.

II. — *Ictère grave.* — L'ictère grave n'est point complétement inconnu ; on en retrouve, on en peut suivre la trace dans plusieurs auteurs. M. Villeneuve, dans l'article du Dictionnaire en 50 vol., après avoir distingué les différentes espèces d'ictères, dit, en parlant de l'ictère par affection subite de l'âme :

« Cette affection est rarement de longue durée ; cependant, « chez les sujets irritables, on a vu la jaunisse dont nous parlons « présenter des phénomènes infiniment plus graves, et avoir une « marche fort différente. Ainsi, dans quelques cas, on a vu le « malade éprouver par toute la peau une chaleur âcre, mordi- « cante, insupportable, être morose, inquiet, perdre la direction « de ses idées, tomber dans une sorte d'abattement et de dé- « mence. La peau se couvre d'une sueur gluante, épaisse ; la « langue, sèche et aride à son sommet, est recouverte à sa base « d'un enduit jaune et visqueux ; la respiration devient suspi- « rieuse ; enfin il survient un délire qui ne tarde pas, dans quel- « ques cas, à être suivi de mort. »

A l'appui de cette description, il cite deux exemples que nous rapportons ici.

On lit dans Boerhaave l'observation d'un marchand qui, à la nouvelle d'un naufrage que venait de faire un de ses vaisseaux , fut atteint tout à coup d'un ictère général, auquel il succomba très-promptement.

Un jeune militaire reçoit un soufflet, et dans sa fureur tire son épée pour en percer son agresseur. Retenu par ceux qui étaient présents à cette scène, il s'épuise en vains efforts et ne peut assouvir sa vengeance. Presque au même instant il devient ictérique ; bientôt après il est pris de fièvre, de délire, et meurt au milieu des convulsions.

On lit dans les *Actes des curieux de la nature* (1re collect. des trois années, obs. 86, p. 134) l'histoire d'un enfant qui, ayant été trempé dans l'eau froide peu de temps après sa naissance, fut pris de douleurs et de coliques très-vives, de vomissements opiniâtres, devint ictérique et périt dans les convulsions.

Joseph Frank (*Maladies du foie*, § LVI), en parlant de l'ictère spasmodique, le considère comme une maladie grave et pouvant se terminer par la mort.

M. Andral, dans sa *Clinique médicale* (3e édit., *Maladies de l'abdomen*, tome II, p. 297) rapporte plusieurs cas qui semblent appartenir à l'ictère grave ; car, dans l'un , le malade, ictérique ,

mourut subitement, sans que l'on pût expliquer la mort, à l'autopsie, par aucune lésion : dans le second, le malade mourut d'une hémorrhagie cérébrale, et nous verrons plus tard que les hémorrhagies de toute sorte sont un des accidents les plus fréquents de l'ictère grave. Citons d'avance, pour nous justifier, les paroles de Forestus :

« *In ictero sæviore non raro hæmorrhagias vidi ex omnibus ferè* « *corporis meatibus, vix ullis cedentes remediis, immò haud citius* « *uno loco fluxum cohibueris, quam eripuit aliò.* »

Morgagni, dans la trente-septième lettre (*De sedibus et causis morborum*), rapporte les observations suivantes dues à Valsalva.

Obs. I. — « Un jeune pâtre ayant été pris d'un ictère peu de temps après un trouble de l'âme, se coucha avec une douleur à la région de l'estomac, et avec des vomissements qui lui firent souvent rejeter la nourriture et les médicaments; cependant les déjections alvines étaient blanchâtres. Un ou deux jours après, on s'aperçut que le malade était inquiet et attaqué d'une sorte de stupeur, au point qu'il oubliait ce qu'on lui avait raconté. Les médecins ne remarquèrent qu'il existait de la fièvre qu'au troisième jour, époque où elle se manifesta d'une manière violente, avec délire et avec des convulsions telles que le malade était forcé de ronger tous les corps avec ses dents, et qu'il triomphait presque, par les grands efforts qu'il faisait, de la force des assistants. Avec cela il avait des vomissements dont la matière était d'une couleur un peu obscure. Le matin, on ouvre la veine, d'où le sang sort avec impétuosité ; la sérosité de ce sang, dans laquelle on trempa une serviette dès qu'elle se fut séparée de la partie coagulable, la teignit d'une couleur jaune. Les convulsions cessent ; mais le malade est couché comme s'il était plongé dans l'assoupissement ; il se remue à peine, et il témoigne à peine qu'il sent les ventouses qui lui sont appliquées. Sa respiration était pour ainsi dire naturelle, si ce n'est qu'elle était suspirieuse de temps en temps. Il mourut après le quatrième jour.

« *Autopsie.* — A l'ouverture du ventre, on trouva le foie flasque et tirant sur une couleur un peu pâle ; sa vésicule contenait une bile d'une teinte légèrement obscure. Il y avait dans l'estomac une matière semblable à celle qui avait été vomie les derniers jours, comme il a été dit, et sa tunique intérieure, aux environs de l'orifice gauche, était parsemée comme de points rouges : du reste, on voyait çà et là un grand nombre de très-petites glandes qui étaient enflammées par la stagnation du sang. A l'ouverture de la poitrine, les poumons se présentèrent tuméfiés par de l'air et dégagés de la plèvre, si ce n'est qu'il existait

quelques nœuds formés par de petites membranes distinctes qui unissaient celui du côté gauche à cette tunique. Le péricarde contenait un peu d'eau. Les ventricules du cœur contenaient du sang coagulé. Le crâne, coupé circulairement, et la dure-mère incisée, il s'écoula un peu de sérosité; on remarqua une concrétion gélatineuse, mais légère, dans les interstices des vaisseaux sanguins qui rampent à travers la pie-mère. D'ailleurs, le cerveau était extrêmement mou, et il n'avait pas entièrement sa couleur naturelle, que la teinte de la bile avait peut-être altérée. Pendant que, pour enlever le cerveau, on coupait la moelle à la partie supérieure du canal vertébral, il s'écoula pendant assez longtemps une matière séreuse de la paroi externe de cette moelle, comme si un conduit de la lymphe eût été coupé; mais rien ne put expliquer la gravité des accidents. »

Obs. II. — « Un jeune homme est attaqué par un homme cruel et menaçant qui lui porte, sans qu'il s'y attende, un pistolet sur la poitrine. Frappé d'une grande terreur, il devient ictérique le lendemain, et bientôt il délire au point qu'il ne remettait personne de sa connaissance, et qu'il s'écriait de temps en temps : Oh ! action indigne. Ayant été pris ensuite de secousses convulsives tellement fortes que plusieurs personnes pouvaient à peine le retenir avec leurs mains, il mourut vingt-quatre heures après le commencement du délire.

« *Autopsie.* — La dissection du cadavre ne présenta rien qui parût remarquable, si ce n'est que les vaisseaux sanguins qui rampent à travers la pie-mère furent trouvés considérablement distendus par du sang noir. »

Dans une observation due à Baillou, et prise sur le fils du comte de Chaulney, le jeune homme devint d'abord triste et morose, et fut pris tout à coup d'ictère. Quinze jours après, lorsqu'on était loin de s'y attendre, il grinça des dents, eut des convulsions, poussa des hurlements, éprouva des extases et mourut. Son cerveau fut trouvé parfaitement sain, le foie verdâtre ou légèrement pâle.

On en trouve un exemple dans Franciscus Rubæus (*De ictero lethali noct.*, exerc. 15, p. 195, 1660, in-8°).

Obs. — « Le 2 septembre 1611, un jeune homme de 22 ans, domestique, fut attaqué d'un ictère violent et d'une couleur livide, et reçut, dès les premiers jours de sa maladie, les soins du médecin Noratius Turion.

« Le premier jour, il purgea le malade.

« Le deuxième jour, il le saigna au bras droit.

« Le troisième, il lui mit des sangsues à l'anus; puis je fus appelé.

« Je trouvai, au quatrième jour, le malade délirant, ne répondant rien aux interrogations, couché sur le ventre, paraissant en proie à une vive douleur; il poussait des soupirs et des cris, mais n'articulait jamais une parole intelligible.

« Voyant le malade affecté d'une vive douleur, j'ordonnai un bain (d'eau douce) : la douleur se calma, et le malade, me dit-on, dormit toute la nuit.

« De grand matin, mon collègue fit appliquer deux vésicatoires aux bras : le malade était sans parole, couché sur le dos; il mourut pendant la nuit.

« Les urines avaient été très-jaunes. »

— Rubæus ne parle pas de l'autopsie de ce jeune homme.

Nous allons rapporter maintenant deux observations très-détaillées, terminées par la mort et l'autopsie, et dans lesquelles on trouvera un tableau presque complet de l'ictère grave.

La première observation se trouve dans la *Gazette des Hôpitaux* (1845, p. 369). Elle a été recueillie par M. Cahen, alors interne de M. Rayer.

Obs. — « Le nommé Thomas, fortement constitué, habituellement bien portant, âgé de 35 ans, cordonnier, entré à la Charité, salle Saint-Michel, n° 26, le 30 juin 1845.

« Il répond difficilement aux questions qu'on lui adresse; nous croyons comprendre cependant que, peu de jours avant son admission à l'hôpital, il a fait un excès de boisson qui aurait amené une indigestion accompagnée ou suivie d'ictère.

« Cet homme présente uniformément sur tout le corps une teinte ictérique extrêmement prononcée, orangée; la peau est sèche, chaude, et n'est pas le siége de démangeaisons; les yeux, la face inférieure de la langue, sont aussi d'un jaune foncé. La face supérieure de la langue est couverte d'un enduit muqueux abondant. Le malade a de fréquentes envies de vomir, mais ne vomit pas. Le ventre, légèrement météorisé, n'est douloureux au toucher qu'au niveau de l'hypochondre droit; mesuré à l'aide de la percussion, le volume du foie paraît normal. Les selles sont colorées par la bile, peu abondantes et de bonne nature. L'urine, très-ictérique, teint le linge en jaune.

« Rien d'anormal ne se fait remarquer dans la cavité thoracique, soit à l'auscultation, soit à la percussion. Dans les grands efforts d'inspiration, le malade éprouve une douleur aiguë dans la région hépatique.

« Le pouls est développé, fréquent, mais régulier.

« Le malade ne se plaint que de la douleur de l'hypochondre droit et d'une céphalalgie intense. Une saignée de trois palettes est pratiquée ; le sang se recouvre bientôt d'une couenne inflammatoire épaisse.

« Le lendemain, 1er juillet, l'état du malade n'est pas notablement modifié. La douleur de la région hépatique persiste. Des ventouses scarifiées sont appliquées sur cette région, et n'amènent pas d'amélioration sensible. Le même jour, un vésicatoire est appliqué sur l'hypochondre droit, un purgatif salin est administré. Sous l'influence de ce traitement, le pouls devient moins fréquent, l'état général semble s'améliorer.

« Cependant, le 22, sans cause connue, des envies de vomir surviennent et donnent lieu à l'expulsion de matières noirâtres sanguinolentes. Les selles, liquides et abondantes, mais peu fréquentes, sont composées de sang noir et de fèces colorées en jaune. Une épistaxis se déclare et se renouvelle plusieurs fois dans la journée. Le pouls est fréquent, peu développé.

« Le malade accuse de la céphalalgie, il est toujours dans un état de somnolence dont il est facile de le tirer ; il répond lentement, mais juste, aux questions qu'on lui adresse. La langue est sèche, couverte d'un enduit épais et fendillé. Les dents sont encroûtées d'un enduit brunâtre. L'abdomen est légèrement ballonné ; il n'est pas douloureux, même dans la région du foie, à une pression modérée ; toux légère, suivie d'une expectoration muqueuse et abondante.

« Cet état persiste sans changement notable le 3 et le 4.

« Dans la nuit du 4, le malade eut un léger délire ; à la vérité il répondit juste aux questions qu'on lui adressa. Il n'a ni frisson, ni rémittence marquée. On ne trouve sur la peau aucune tache, aucune élevure typhoïde ; partout elle offre une coloration jaune orangé, comme dans les premiers jours; seulement, au pli du bras droit où la saignée a été pratiquée, et autour des ventouses sur la région hypochondriaque droite, on remarque de légères ecchymoses.

« Le 6 l'état du malade semble très-notablement amélioré. Le pouls a baissé d'une manière remarquable ; la somnolence a diminué. Un nouveau phénomène est apparu. La peau de tout le corps, celle de la face et des membres supérieurs surtout, est couverte de petites élevures saillantes, coniques, dures sous le doigt, semblables à celles de la variole au début. Le malade porte de profondes cicatrices vaccinales.

« Le 7, cette éruption, dont la coloration tranche sur la teinte ictérique de la peau, présente une autre apparence : elle est formée par de véritables taches rouges, très-nombreuses, ré-

pandues sur tout le corps; mais la saillie qu'elles avaient offerte n'existe plus. Ces taches sont irrégulièrement arrondies : sous la pression du doigt, quelques-unes disparaissent ; d'autres, en grand nombre, restent sans changer de couleur. Elles sont assez larges, varient de 6 à 12 millimètres de diamètre, et sont plus développées sur les bras et la face que sur le reste du corps. Ces taches rappellent celles des rougeoles hémorrhagiques; mais le malade n'a pas de coryza, pas de bronchite. Une lumière vive affecte péniblement les yeux, qui ne sont ni larmoyants ni injectés. L'éruption n'est pas accompagnée de démangeaisons. L'état général paraît satisfaisant. Quelques cuillerées de bouillon sont données au malade, qui les prend avec plaisir. Questionné sur son état, il répond qu'il se trouve mieux et qu'il n'éprouve absolument aucune douleur. Il paraît avoir de la tendance au sommeil.

« Le 8, l'état général est moins satisfaisant. On constate l'existence d'une eschare de 5 centimètres de diamètre au sacrum. On conseille au malade de quitter le décubitus horizontal dans lequel il reste constamment depuis le début de sa maladie, et de lui-même il se couche et reste couché sur le côté gauche.

« Le 10, l'éruption a pâli : on voit bien encore les taches ; mais elles sont à peine distinctes. Les urines sont toujours ictériques ; les selles, sanguinolentes, contiennent encore des fèces colorées en jaune. Le malade reconnaît les couleurs, il répond exactement aux questions qu'on lui adresse ; mais il est toujours dans un état de somnolence dont il est moins facile de le tirer que les jours précédents. Il a quelques envies de vomir, mais pas de vomissements.

« Le 11, l'éruption a disparu ; l'ecchymose assez étendue, située autour de la saignée, est toujours très-apparente. Le malade est plus abattu que les jours précédents ; il ne présente d'ailleurs aucun phénomène nouveau.

« Le 12, il reste constamment dans un sommeil profond, presque comateux, et le 13, à cinq heures du matin, il meurt presque subitement, sans agonie, sans avoir présenté de symptôme qui pût faire prévoir une terminaison funeste si rapide.

« L'autopsie est faite vingt-huit heures après la mort.

« *Etat extérieur.* — Le cadavre est dans un état de putréfaction très-avancée. L'épiderme se détache avec la plus grande facilité ; le teint ictérique comme pendant la vie. La roideur cadavérique n'existe plus ; l'eschare du sacrum n'est pas très-étendue ; le ventre est plat : au niveau de la saignée on trouve sur la peau un épanchement sanguin assez étendu ; nulle part on ne trouve d'épanchement sanguin dans les espaces intermusculaires.

« *Thorax.*—Les poumons sont sains, crépitants; ils contiennent une quantité assez considérable de mucus et de sang. Celui du côté gauche présente quelques adhérences anciennes. Il n'existe pas d'épanchement dans les plèvres.

« Le péricarde ne contient que très-peu de sérosité.

« Le cœur est mou, d'un volume normal. Les orifices sont sains. Le sang est partout noir; les caillots sont très-mous.

« *Abdomen.*—Les intestins, peu distendus, n'offrent à l'extérieur rien de remarquable. La muqueuse de l'estomac est ramollie, d'une couleur lie de vin, uniforme; quelques arborisations peu marquées au niveau de sa grande courbure. Le duodénum présente aussi quelques traces de suffusion sanguine. Cette portion de l'intestin contient une bile verdâtre. Dans le reste de l'intestin grêle, on trouve du mucus coloré et des matières fécales jaunes. Les plaques de Peyer ne sont pas plus développées que dans l'état sain. Il n'existe aucune altération dans le gros intestin.

« Le foie a un volume normal; il est mou, offre une teinte ictérique uniforme. Incisé en lames minces, on n'y découvre ni dépôts de pus ni aucune altération. La veine porte et ses divisions, la veine cave et ses principales branches, sont saines et contiennent du sang fluide, noirâtre. La vésicule biliaire contient une assez grande quantité de bile d'un vert-noirâtre; son conduit excréteur est sain.—La rate est molle, d'un volume normal; les reins colorés en jaune, ramollis, presque diffluents. Les capsules surrénales offrent une coloration jaune très-prononcée.

« *Tête.*—Le cerveau est très-mou, et présente une teinte ictérique. »

A l'époque où l'on recueillait cette importante observation à la Charité, un cas semblable se présentait à l'hôpital Necker, dans les salles de M. Tessier, où je faisais le service d'interne provisoire.

Ictère, vomissements opiniâtres; hémorrhagies; somnolence; mort; rien à l'autopsie.

Obs. — Au n° 2 du pavillon Saint-Philibert, entra, le 25 juillet 1825, le nommé Charles Londault, cocher de fiacre, âgé de 40 ans. Cet homme, d'une taille moyenne, d'une constitution forte et d'une obésité assez grande, n'avait jamais été malade. A la suite d'une vive discussion avec un camarade chez lequel il se trouvait, il fut pris subitement de céphalalgie violente, de frissons et de vomissements. Le malaise était si fort qu'il fut obligé de se mettre au lit chez son camarade; il y resta jusqu'à son entrée à l'hôpital, trois jours après le début des accidents.

Le lendemain, 26 juillet, quand nous vîmes le malade, il éprouvait encore une vive douleur de tête, des étourdissements, des crampes dans les membres. Il ne vomissait plus, mais avait toujours des nausées. La fièvre n'était pas très-forte ; il n'y avait pas de diarrhée. On lui ordonna de la tisane de groseille et de la limonade.

Le 27, apparut un ictère fortement prononcé. Cependant le malade était sans fièvre, sa peau fraîche, la céphalalgie moins violente, quoiqu'il se plaignît de n'avoir pu dormir. La bouche était amère, le ventre indolent ; les matières conservaient leur couleur naturelle : ni la percussion ni les palpations ne purent faire reconnaître une affection du foie.

Le 28 et le 29, l'état du malade semblait meilleur ; mais dans la nuit du 29 au 30 juillet il fut pris d'une dyspnée qui augmenta peu à peu. A l'heure de la visite, nous le trouvâmes dans un état de profonde stupeur. L'oppression était grande et tout le côté du thorax offrait une matité prononcée.

A l'auscultation, l'on entendait du râle muqueux et sous-crépitant fin dans toute l'étendue du poumon droit; point de résonnance de la voix ni de souffle bronchique. Le pouls était large, vibrant; tout indiquait une violente congestion pulmonaire. Une saignée de plus d'une livre fut pratiquée immédiatement et soulagea beaucoup le malade. L'étouffement persista à un moindre degré tout le jour ; et la nuit suivante, le malade, qui n'était pas sujet aux épistaxis, fut pris, à quatre heures et demie du matin, d'une hémorrhagie nasale qui se prolongea jusqu'à huit heures. A la visite, le malade était pâle, sa peau très-fraîche, mais sans sueur froide ; pouls à 60 (ce qui est beaucoup pour un ictérique) ; oppression moindre : poitrine plus sonore ; pas de toux ni d'expectoration. La bouche était mauvaise, la langue couverte d'un enduit jaunâtre, les urines foncées ; une douleur assez vive se faisait ressentir à l'épigastre. On ordonna la tisane d'orge et de chiendent, et six ventouses scarifiées sur l'hypochondre droit.

Le 1er août, les vomissements bilieux reparurent avec violence : le malade était dans une somnolence presque continuelle, il avait une fièvre très-vive ; une éruption miliaire parut sur la poitrine et disparut le lendemain. On continua la tisane d'orge et de chiendent, et l'on administra un mélange d'huile de ricin, 40 grammes, et d'huile d'amandes douces, 4 grammes. Ces remèdes furent vomis dans la journée, et la constipation persista.

Le 12, les vomissements bilieux continuèrent, tantôt avec de violents efforts, tantôt par simple régurgitation. Epistaxis légère,

constipation, fièvre. On fit prendre au malade des pilules avec le calomel et l'extrait thébaïque.

Le 3, le malade eut encore une légère épistaxis.

Le 4, même état. Dans la soirée, comme l'oppression paraissait augmenter, on fit une saignée de deux palettes.

Le 5, on appliqua un large vésicatoire au côté droit, et l'on ordonna 4 grammes de cyanure de potassium et de fer dans 2 pots d'eau sucrée.

Le 6, les vomissements continuaient; on remarquait, au milieu de la bile dont ils étaient formés, des flocons blancs et comme pseudomembraneux. La fièvre était vive, et le malade était dans une somnolence presque continuelle. (Même prescription.)

Le 7, même état. Toute boisson était vomie par le malade; la fièvre continuait. On ajouta de la glace au cyanure de potassium et de fer pour faire supporter la boisson.

Le 8, il y eut une amélioration. Le malade vomissait moins; la somnolence paraissait diminuée : il apparut dans la journée une éruption de petites taches rouges, irrégulières, d'un centimètre de diamètre, formant tantôt des cercles, tantôt des figures irrégulières, et qui couvrirent les jambes et les cuisses. En même temps le malade éprouvait un hoquet fréquent.

Les jours suivants, la somnolence diminua beaucoup; mais l'ictère et les vomissements restèrent au même point. L'éruption envahit successivement les bras et le tronc, devint générale, et les taches, venant à se réunir, formèrent des plaques rouges, souvent très-larges, dont la couleur contrastait étrangement avec la couleur jaune du reste de la peau. Le hoquet augmenta de violence.

Le 11, vomissements toujours très-fréquents ; on y remarqua parfois quelques stries de sang. Du reste, même état, le hoquet persistant, la fièvre étant toujours très-vive. On fit prendre au malade de la glace en fragments, un peu de bouillon avec laudanum de Sydenham, 1 gramme ; sirop d'éther, 30 grammes.

La journée du 12 n'apporta pas de changement. On continua la potion, et de plus un lavement avec le sulfate de soude et la décoction de séné.

Dans la nuit du 12 au 13, le malade fut très-oppressé, il eut de nombreuses évacuations alvines : le matin, sa figure était pâle, terreuse, profondément abattue ; à peine pouvait-il répondre aux questions par quelques mots entrecoupés. Le pouls était peu fréquent, mais sans force, la langue sèche et jaune ; les vomissements, le hoquet, n'avaient pas cessé : tout indiquait une termi-

naison funeste. On ordonna des sinapismes aux pieds et de l'eau de Vichy à la glace.

Dans la journée, le malade perdit connaissance et mourut vers six heures du soir.

Autopsie 40 heures après la mort.

Etat extérieur. L'embonpoint du corps avait peu diminué et paraissait considérable. L'ictère gardait son intensité ; mais l'érythème ne paraissait presque plus.

Thorax. Les poumons étaient sains et crépitants, excepté celui du côté droit, qui était encore congestionné, surtout à sa base. Rien du côté du péricarde et du cœur.

Abdomen. L'estomac ouvert ne nous offrit aucune altération ; il contenait beaucoup de bile ; sa muqueuse était saine ; seulement, au niveau de la grande courbure, on voyait, dans l'étendue d'un pouce, un piqueté d'un rouge-brun : ce même piqueté occupait encore près d'un pouce du duodénum à son origine. Du reste, il n'y avait pas d'arborisations vasculaires, et la muqueuse paraissait saine dans l'intervalle du piqueté.

L'intestin était rempli d'une bile verdâtre.

Le *foie*, de grosseur et de couleur normales, n'était point enflammé; coupé en morceaux, il ne présenta ni abcès ni rien de morbide.

La *vésicule* contenait une bile épaisse et très-noire, mais pas de calculs ; un stylet pénétra sans peine dans toute l'étendue de ses conduits, qui furent ouverts ensuite sans qu'on pût y reconnaître aucune lésion.

—Il sera mieux de rapprocher ces deux observations d'une troisième, très-détaillée aussi, que nous rapporterons à propos des épidémies d'ictère, et qui nous offrira les mêmes accidents, surtout des hémorrhagies abondantes ; seulement le coma et l'abattement furent remplacés par un violent délire.

(*La suite à un prochain numéro.*)

---

3. *Études sur les causes organiques et le mode de production des affections dites hystériques ;* par Ch. Schutzenberger, professeur de clinique médicale à la Faculté de médecine de Strasbourg.

(Gazette médicale de Paris, Nos 22 et 23, 1846.)

PREMIÈRE PARTIE.

I. — *Appréciation historique des idées formulées sur l'hystérie, considérée comme individualité nosologique.*

L'ensemble phénoménal par lequel se révèlent certaines

perturbations nerveuses chez les femmes, le mode de développement, la succession, l'enchaînement des symptômes, offrent quelque chose de si particulier, et l'on peut dire de si bizarre, que le vulgaire lui-même y voit l'expression d'une maladie dont les hommes paraissent généralement affranchis.

Cette spécialité de la forme phénoménale, son apparition à peu près exclusive chez les femmes, ses rapports évidents avec les fonctions de la génération, résument les premières notions expérimentales acquises sur l'état pathologique qui nous occupe. Pour peu qu'on y réfléchisse, on reconnaîtra qu'elles représentent aussi le point de départ des idées fondamentales dont le développement constitue l'histoire de la science sur ce point de pathologie spéciale.

Ici, comme pour la plupart des maladies, la spécialité de la forme symptomatique a conduit à la spécification du l'*individualité* nosologique. Mais tout aussitôt un second fait d'observation est entré en ligne de compte. De l'exclusive apparition de cette forme phénoménale chez les femmes, le génie antique a logiquement conclu à l'existence d'une *cause* particulière, inhérente à l'organisation féminine : cette cause, il a cru l'entrevoir dans ce qu'il y a de plus spécial, de plus distinctif dans l'autre sexe. Or, comme rien ne l'est davantage que les organes mêmes de la génération, et qu'un rapport évident paraissait exister entre les phénomènes pathologiques observés et les fonctions utérines, cette *cause* fut placée d'emblée dans l'utérus lui-même.

Dès les premiers pas, l'observation a donc conduit à une conception théorique sur la cause organique des phénomènes. C'est à cette idée que l'individualité nosologique, symptomatiquement constituée, emprunta son nom. La dénomination d'*hystérie* n'a pas d'autre signification que celle de maladie de l'utérus. Ce nom, avec les variantes que tout le monde connaît, s'est transmis à travers les siècles, et la langue scientifique l'a conservé jusqu'à nos jours.

Établie comme une forme morbide spéciale dès la plus haute antiquité, conservée dans les cadres nosologiques à travers toutes les révolutions scientifiques, l'hystérie se présente donc avec toutes les apparences historiques d'une affection rigoureusement déterminée. Malheureusement il n'en est pas ainsi en réalité.

Quand, dans le but d'étudier l'évolution des notions scientifiques et des idées formulées sur cette affection, on cherche dans l'histoire du passé ce qui a été dit et pensé sur l'*hystérie*, l'esprit est frappé, moins encore de la divergence des opinions théoriques, que de la confusion introduite dans la science positive

elle-même. On comprend très-bien, on s'attend même à ce que l'interprétation des phénomènes pathologiques éprouve des variations en rapport avec les doctrines régnantes, et suive le développement des connaissances expérimentales, anatomiques et physiologiques nécessaires à une compréhension scientifique de plus en plus exacte; mais on espère trouver du moins l'idée phénoménale formulée sur l'individualité nosologique, en dehors des discussions, et rigoureusement déterminée. Il n'en est pas ainsi pour l'hystérie. Les oscillations, les fluctuations de cette idée première constituent, sans contredit, un des points fondamentaux de l'histoire de cette affection, et à ce titre méritent de nous occuper d'abord. Nous essayerons de les apprécier du point de vue expérimental auquel nous sommes nous-même placé, et de les comprendre philosophiquement dans leurs causes productrices.

Si nous attachons quelque importance à cette étude, c'est que, de toute évidence, la première mission de la science consiste dans une détermination aussi exacte que possible des états pathologiques. Une détermination fausse, vicieuse, incomplète, entraîne la confusion dans toutes les notions expérimentales ultérieures. Que la science confonde des affections essentiellement différentes, ou qu'elle méconnaisse l'identité de nature (c'est-à-dire de cause première), de formes pathologiques dissemblables, et tout aussitôt les observations étiologiques et thérapeutiques seront entachées d'un vice radical. La critique historique doit donc soigneusement relever les erreurs de ce genre. Voyons si elles n'ont pas été commises pour l'hystérie. Il est incontestable que la dénomination d'hystérie fut réservée, dans l'origine, à une forme symptomatique assez tranchée, à une forme caractérisée par des sensations anormales, analogues à celles que pourrait produire un *corps* qui, partant de la partie inférieure du ventre, viendrait s'élever à l'épigastre, de là au cou, interceptant le passage de l'air et donnant lieu à des accès de suffocation, de strangulation, bientôt suivis de convulsions généralisées, avec ou sans perte de connaissance. Indépendamment des descriptions nosologiques qui s'accordent à reconnaître dans ces phénomènes les caractères symptomatiques de l'hystérie, la première idée émise pour rendre compte de l'affection hystérique le prouve. Démocrite, Hippocrate, Arétée, n'eussent pu songer à invoquer le déplacement matériel de l'utérus et son ascension, s'il ne s'était pas agi d'interpréter des phénomènes en rapport logique avec cette hypothèse. Quand on eut reconnu l'erreur de cette première théorie naïve; quand Galien eut démontré son impossibilité

physique, on ne cessa pas pour cela de mettre sous la dépendance de l'utérus les phénomènes particuliers et caractéristiques qui avaient fait croire à son ascension, à son déplacement matériel. On ne renonça pas à cette idée fondamentale, parce que les faits d'observation qui l'avaient fait naître subsistaient toujours : la théorie ne se modifia que dans ce qu'elle avait de trop évidemment faux.

Or, la puissance de produire, n'importe par quel mécanisme, des accidents pathologiques dans des organes fort éloignés, une fois concédée à l'utérus, cette *idée théorique* réagit sur toute la systématisation scientifique. On trouva tout naturel de ramener à *la même cause* d'autres phénomènes morbides, d'autres sensations, d'autres formes symptomatiques nerveuses ; on le fit sans esprit critique suffisant, purement et simplement en vue d'une théorie en faveur. Dès lors, l'image symptomatique primitive, qui d'abord paraissait si tranchée, disparut peu à peu pour faire place à une *unité étiologique* théoriquement ou plutôt *hypothétiquement* établie.

L'hystérie devint une affection à formes multiples et complexes, tellement complexes et multiples, qu'elle finit par absorber la plupart des perturbations nerveuses observées chez les femmes.

Ainsi dépouillée peu à peu de toute physionomie caractéristique, il devint successivement difficile, impossible même, de distinguer l'hystérie d'autres formes morbides. Le désordre s'introduisit dans le cadre nosologique ; car l'hystérie, telle qu'elle apparaissait aux esprits dominés par une idée théorique démesurément étendue, était devenue un véritable Protée, et l'on finit par arriver à ce paradoxe, à savoir que le caractère de l'hystérie est de ne pas en avoir, mais d'apparaître avec les formes les plus variées; paradoxe scientifique très-commode pour les esprits paresseux qui s'habituèrent facilement à voir l'hystérie dans toutes les affections obscures. Le *hystericum quid !* en effet, les dispensait de toutes les recherches par trop pénibles, tout en laissant la conscience en repos à l'endroit du diagnostic.

Cette confusion, lentement préparée, fut encore étendue par l'autorité d'un des plus grands médecins du XVIIe siècle. Thomas Sydenham, en comparant certaines affections nerveuses de l'homme avec cette hystérie protéiforme, à laquelle on avait fait peu à peu la part si large, reconnut plus d'analogies que de différences. Au lieu de remonter à la source de la confusion première, il l'étendit et la consacra en déclarant de même nature, en considérant comme dues à une même *cause première* toutes ces affections nerveuses si différentes de formes ; seulement

Sydenham dut par cela même renoncer à placer cette cause première dans l'utérus. Il changea le principe de la systématisation, en accusant comme cause organique l'*intempérie de l'innervation* en général, ou, suivant les idées du temps, ce qu'il appelle *ataxia spirituum animalium*. La dénomination d'affection hystérique devint ainsi synonyme d'*affection nerveuse*, et l'hystérie, ainsi comprise, absorba, de l'aveu de Sydenham, la moitié des affections chroniques : l'hypochondrie chez l'homme, comme la plupart des perturbations nerveuves observées chez les femmes ; les phénomènes de la chlorose, comme ceux de l'hystérie franche, furent rattachés à la même cause, confondus sous une même dénomination.

Cette confusion malheureuse, désormais couverte du prestige d'un grand nom, fut accueillie et suivie par une foule d'auteurs et de médecins des siècles passés. Boerhaave, Van Swieten, With, Tissot, l'ont appuyée de leur autorité. Pomme rejeta jusqu'au nom d'hystérie que Sydenham avait conservé par respect pour la tradition. Sous le nom d'affections *vaporeuses*, il essaya de tracer l'histoire de cette entité morbide composée de toutes les affections de ce qu'il appelle le *genre nerveux*. — Veut-on savoir ce qu'était devenue la science en suivant cette direction? que l'on ouvre Pomme. « J'appelle affections vaporeuses, dit-il, cette affection générale particulière du genre nerveux qui en produit « l'irritabilité et le racornissement. » « L'énumération des « symptômes, (c'est Pomme lui-même qui s'exprime ainsi) est « aussi vague qu'elle est étendue. Le Protée, dans ses méta- « morphoses, suivant l'expression de Sydenham, et le caméléon « avec ses différentes couleurs, n'expriment que faiblement « leurs variétés et leurs bizarreries. »

La description est digne de ce début; elle se compose, en effet, des antithèses les plus singulières, qui permettent incontestablement de voir le genre nerveux partout et toujours.

Si la science n'avait pas démesurément étendu l'influence de l'utérus et ramené sous sa dépendance les formes morbides les plus variées, Sydenham aurait sans doute montré plus de respect pour la spécification ancienne de l'hystérie. Des esprits comme le sien, comme ceux de Boerhaave et Van Swieten, eussent difficilement prêté l'autorité de leur grand nom à une confusion nosologique qui aurait paru évidente.

Rarement, du reste, le génie s'égare tout à fait. Il y a, dans la confusion même que nous venons de signaler, une cause plus profonde qui permet de la comprendre et même de l'excuser jusqu'à un certain point. Sans doute l'hystérie est une forme

pathologique distincte digne d'être conservée ; mais il est incontestable aussi que cette forme spéciale procède quelquefois d'une certaine manière d'être et d'agir du système nerveux en général, et s'y rattache. C'est cette cause première générale, cet élément commun que Sydenham érigea en principe de systématisation. C'est là évidemment ce qu'il avait en vue en parlant de l'*ataxia spirituum animalium*.

La confusion que nous venons de signaler n'a, du reste, jamais été admise d'une manière générale. Hoffmann, Astruc, Cullen, plus récemment Louyer Willermay, essayèrent de maintenir l'ancien principe de spécification, en insistant sur la forme spéciale et caractéristique de l'affection hystérique. Malgré cette réaction, la confusion consacrée par Sydenham s'est maintenue jusqu'à une époque peu éloignée de la nôtre ; car en 1830 la Société de médecine de Bordeaux demandait encore, dans une question mise au concours, de faire ressortir l'identité ou les différences entre l'hystérie et l'hypochondrie. C'est à ce concours que nous devons le travail remarquable par lequel M. Dubois (d'Amiens) a cherché à mieux déterminer les caractères nosologiques de l'hystérie.

« L'hystérie, dit M. Dubois, pour être bien appréciée, doit « être suivie dans tous ses accidents symptomatiques. Il est « très-difficile d'en donner une idée à la fois générale et pré- « cise ; toutefois nous pouvons dire que nous ne voyons dans « cette maladie, comme *caractère* fondamental, qu'une pertur- « bation violente, ordinairement brusque, toujours intermit- « tente, de l'innervation générale, déterminée par une surexci- « tation ou irritation nerveuse locale (de l'utérus), que nous « ferons connaître particulièrement dans la suite, mais qui, « dans tous les cas, est bien différente des irritations vascu- « laires. »

Romberg reconnaît à l'hystérie le même caractère fondamental. « On donne cette dénomination, dit l'auteur allemand, « à une affection caractérisée par des phénomènes nerveux *ré-* « *flectifs*, suscités par l'excitation des organes de la génération. »

Il est incontestable que cette *idée* se rapporte à un état pathologique rigoureusement déterminé ; mais pour que cette *idée* pût être considérée comme le *caractère* d'une maladie cliniquement observée, il faudrait pouvoir démontrer sa réalité au lit des malades. Or, dans l'ouvrage de M. Dubois comme dans celui de Romberg, rien ne dénote une tentative de ce genre. Il y a plus : en acceptant l'idée théorique comme vraie, la spécification qui n'a pas d'autre point d'appui ne laisse-t-elle pas ici à l'arbi-

traire une latitude tout aussi grande que celle qui, dans les siècles passés, avait fait comprendre dans l'hystérie la moitié des affections chroniques? Si l'on reconnaît en effet, et c'est un fait, que la physionomie symptomatique de l'hystérie, ainsi spécifiée, est variable, et qu'indépendamment de la forme la plus fréquente, il en est d'autres très-différentes et rien moins que caractéristiques, n'est-il pas évident que pour savoir ce qui appartient à l'hystérie et ce qui ne lui appartient pas, il faudrait, avant toute chose, pouvoir *expérimentalement* reconnaître l'existence ou la non-existence de la *cause organique initiale* qui seule constitue l'*élément déterminant* de l'état pathologique ? Il faudrait, non plus seulement entrevoir l'existence de cette cause comme une probabilité d'induction, mais pouvoir la démontrer comme un fait positif, indiquer enfin des moyens d'investigation propres à la faire reconnaître *au lit du malade*. Jusque-là, en effet, rien ne prouve que l'on n'a pas pris pour de l'hystérie ce qui est tout autre chose, et rien ne saurait empêcher l'*hystericum quid* des anciens de jouer son rôle dans toutes les affections nerveuses dont on ne reconnaîtra pas la cause.

Nous croyons être à même, sinon de faire franchir à la science ce pas difficile, du moins de la pousser dans cette direction. D'autres achèveront ce que nous avons commencé, comme nous-même ne ferons que compléter en partie l'œuvre de nos devanciers, en essayant de confirmer en fait les vérités d'induction que leur génie avait plus ou moins distinctement entrevues.

Pour déterminer plus nettement notre point de départ, pour rattacher aux théories du passé ce que nous aurons à dire nous-même, nous avons à examiner de plus près les idées émises sur la cause organique de l'hystérie ; car jusqu'à présent nous n'avons fait que les effleurer autant qu'il était nécessaire pour faire comprendre la marche que la science a suivie dans la détermination de l'état pathologique qui nous occupe.

II. — *Appréciation des idées formulées sur la cause organique et le mode de production des phénomènes dits hystériques.*

Les idées émises sur l'hystérie se rattachent à trois grands groupes distincts :

1° Dans une première théorie, la plus ancienne, la cause organique de la perturbation fonctionnelle est placée dans l'utérus;

2° Une seconde fixe le point de départ des accidents hystériques dans les organes centraux de l'innervation ;

3e Une troisième invoque un état morbide général du système nerveux.

L'histoire des idées offre un puissant intérêt; mais c'est à condition d'être philosophiquement exposée, comprise et jugée d'un point de vue supérieur. Rien n'est plus fastidieux, au contraire, que ces exposés chronologiques des opinions dont l'esprit ne saisit ni la raison d'être ni la portée. Ridicules dans leur isolement, les idées de nos devanciers ne paraissent reproduites dans certains historiques que pour exciter le sourire des demi-savants du jour. Elles sont admirables de sagacité quelquefois, respectables presque toujours, quand l'esprit, les dominant dans leur enchaînement logique, saisit leurs rapports avec les notions expérimentales acquises. C'est là ce que nous essayerons de ne pas perdre de vue en appréciant les idées émises sur la cause organique de l'hystérie.

Nous avons déjà vu sur quelle base expérimentale les anciens s'étaient appuyés pour établir l'individualité nosologique qu'ils ont appelée hystérie; nous avons fait connaître aussi l'enchaînement logique qui avait conduit à placer dans l'utérus la cause première de l'ensemble phénoménal. Il est incontestable que cette idée d'induction s'appuie sur des faits de quelque valeur. L'apparition d'une forme spéciale de perturbation fonctionnelle chez les femmes pendant la période de la vie utérine; l'influence des fonctions de la génération sur le développement des attaques, et, par-dessus tout, le mode de succession des phénomènes, leur apparition sous forme de sensations qui, partant de la région utérine, montent vers l'épigastre, vers le cou, et finissent par des refroidissements convulsifs, et enfin par des convulsions généralisées ou des lipothymies; tels sont les résultats de l'observation qui ont conduit le génie inductif de l'antiquité à l'idée du point de départ utérin des attaques hystériques.

Quand on songe à l'état des sciences anatomique et physiologique de cette époque reculée, à l'impossibilité de s'appuyer sur des notions qui font la gloire des temps modernes, aura-t-on le courage de ridiculiser l'idée naïve de Démocrite, d'Hippocrate, d'Arétée, sur le déplacement ascensionnel de l'utérus? Songera-t-on à incriminer Galien, qui, relevant une erreur anatomique, la remplaça par une hypothèse non moins erronée sur la corruption de la matière spermatique et du sang renfermés dans la matrice? A cette époque crépusculaire de la science, le besoin de remonter à la cause organique des phénomènes ne pouvait être satisfait que par des hypothèses. Et cependant, déjà à cette époque reculée, le fait expérimental général du *consensus* est clairement entrevu. Sans connaître positivement encore ni ses lois, ni son mécanisme, quelques esprits d'élite invoquent ce fait général

comme principe d'interprétation, de préférence aux hypothèses plus grossières.

« *Uteri strangulatio*, dit Aétius, *ab utero quidem infernè oritur, verùm supernæ partes, et principales præsertim*, *per* consensum *afficiuntur*, *nam ad cerebrum per* nervos *affectio* transit ; *videturque uterus velut ad supernas partes ascendisse.* »

Nous souscrivons pleinement aux réflexions dont M. Dubois (d'Amiens) fait suivre la citation de ce passage remarquable. « Aétius, dit-il, a exprimé, à une époque où l'anatomie n'était pas même encore dans l'enfance, ce qu'on lit dans les ouvrages les plus récents. »

L'esprit humain ne se contente pas facilement d'une vérité générale ; il veut tout connaître, tout comprendre, et quand les faits d'observation font défaut, il se paye d'hypothèses. C'est là ce qui arriva à la plupart des anciens, quant ils voulurent se faire une idée plus spéciale sur la nature de l'état pathologique initial de l'utérus et sur le *mécanisme* à l'aide duquel cet état provoque les phénomènes éloignés, les spasmes du cou, les convulsions, etc., etc. Toutes les données nécessaires à une induction légitime faisaient défaut : il ne restait que la ressource de l'hypothèse. On ne s'en fit pas faute. La rétention, dans l'utérus, de la semence et du sang, la corruption de ces liquides, furent invoquées, et représentent l'idée favorite sur l'état pathologique initial de la matrice.

Quant au mécanisme de production des accidents éloignés, on crut le comprendre en supposant l'existence d'une *vapeur* maligne dégagée par ces humeurs corrompues, et s'élevant vers les autres organes. « *Aura quœdam maligna*, dit Paul d'Egine, *ad superiora transit.* » Ces idées, qui firent naître les dénominations de *vapeurs*, d'affections *vaporeuses*, occupèrent longtemps la place d'une compréhension scientifique plus positive. Nous les retrouvons à l'époque de la renaissance ; et si Fernel croit encore au déplacement matériel de l'utérus, et accuse Galien de l'avoir induit en erreur, Sennert expose avec détail le mécanisme plus subtil admis par la plupart des médecins de son temps.

« *Nos*, dit-il, *unicam et proximam causam esse statuimus vaporem malignum et venenatum, per arterias, venas et nervorum genus ad superiores partes elevatum, earumque actiones variè laudantem. Vapor autem ille ortum habet à sanguine aut semine in utero corruptis.* »

Tant que l'état précaire de l'anatomie et de la physiologie laissa la pathologie privée de ses éléments de compréhension les

plus positifs, il était impossible de vérifier l'exactitude des hypothèses accessoires, ou de leur substituer des idées d'induction moins hasardées. Il faut donc arriver à cette grande époque d'évolution des ruines susmentionnées, pour retrouver un progrès réel et positif. Malheureusement les vérités nouvelles sont souvent trop incomplètes d'abord pour éclaircir l'ensemble des faits ; leur lumière partielle ne permet de mieux apprécier qu'une de leurs faces, et laisse tout le reste dans l'ombre. C'est là ce qui est arrivé quand des notions physiologiques plus positives commencèrent à exercer leur influence sur la théorie de l'hystérie.

Le Pois, et après lui Willis, frappés surtout des phénomènes convulsifs généralisés, et s'appuyant sur des données physiologiques incontestables, démontrèrent que ces phénomènes ne pouvaient être directement produits que par l'encéphale, le cerveau et la moelle épinière. La perturbation dans les actes fonctionnels de l'organe central de l'innervation, leur apparut avec raison comme le point de départ immédiat de ces formidables symptômes. Méconnaissant le grand fait physiologique des excitations de l'organe central, consécutives à des excitations périphériques ; ne comprenant par conséquent pas comment l'utérus pouvait réagir sur l'encéphale, ils nièrent d'une manière absolue l'influence des organes de la génération, et se contentèrent de cette vérité partielle, à savoir que les convulsions dites hystériques sont produites par l'encéphale. Cette vérité devint leur principe, leur théorie générale ; dès lors l'*hystérie* se transforma en une affection de l'encéphale.

Georget, dans les temps modernes, a adopté et développé l'idée fondamentale de Willis ; comme ses prédécesseurs, plus nettement qu'eux, il a compris que les phénomènes convulsifs généralisés de l'accès hystérique ne peuvent émaner que de l'appareil cérébro-spinal. L'analyse physiologique entreprise par Georget ne va pas plus loin. « Les phénomènes caractéristiques de l'hystérie, dit-il, sont les attaques convulsives. » Après avoir rattaché ces phénomènes à l'appareil nerveux central, Georget s'arrête. Il ne dit pas, il ne cherche pas d'où vient l'affection de la moelle, comment elle se produit, en vertu de quoi elle se développe, en quoi elle consiste. Satisfait de la vérité fragmentaire, il cherche à y ramener tout l'ensemble phénoménal de l'hystérie, qu'il prétend nommer *encéphalée spasmodique*. Il résulte de là que Georget ne voit plus les faits tels qu'ils sont en réalité, mais tels qu'ils devraient être si sa manière de voir était exacte. Il intervertit l'ordre, la succession, l'enchaînement des

autres phénomènes pathologiques ; il en méconnaît l'importance et la portée. Ce n'est plus que consécutivement et dans la suite que les appareils nerveux des viscères du thorax et de l'abdomen sont fréquemment le siége de lésions qui méritent de fixer l'attention. Il en est de même des rapports qui existent entre l'hystérie et les fonctions utérines : Georget les nie, car il ne sait trop qu'en faire dans sa théorie.

En résumé, l'induction qui fit rattacher à Le Pois, à Willis et à Georget, les convulsions généralisées de l'hystérie à l'affection du centre cérébro-spinal, est juste, légitime, scientifique, parfaitement en rapport avec les données les plus positives de la physiologie. Mais si la détermination de ce point de départ immédiat des convulsions est exacte, cette théorie, appliquée à la maladie tout entière, ne l'est pas ; car l'essentiel, dans la maladie qui porte le nom d'hystérie, ce n'est ni la convulsion généralisée, ni l'excitation centrale qui la provoque directement. Cette *encéphalée spasmodique* n'est elle-même le plus souvent qu'un phénomène consécutif, qu'un effet qui s'enchaîne à une cause organique plus éloignée. Cette cause, Willis a précisément voulu la remplacer par la corruption des esprits animaux, ou, pour parler le langage de quelques modernes, par l'altération de l'impondérable ou de l'agent nerveux lui-même, et Georget n'a pu formuler sur elle absolument aucune idée précise.

Un grand nombre de pathologistes du XVIIe et du XVIIIe siècle, tout en rattachant l'hystérie à une affection du système nerveux, n'admirent cependant pas la localisation proposée par Willis. Frappés de la *mobilité*, de la diversité, de la généralisation même des perturbations fonctionnelles nerveuses, perdant complétement de vue leur mode de succession, et confondant pour cela même l'hystérie avec d'autres formes symptomatiques, ils cherchèrent dans l'état général du système nerveux la cause inorganique des phénomènes. Sydenham, qui exerça sur les idées de son temps une influence immense, s'exprime en ces termes sur le développement des phénomènes nerveux qu'il englobe sous la dénomination d'*hystériques*.

« *Pendent ergò affectiones istæ, quas in fœminis hystericas, in maribus hypochondriacas insignire libet, quantum ego judico, à spirituum animalium* ἀταξίᾳ, *unde facto impetu in hanc illamve partem, plus quam pro ratâ, densi nimiique feruntur, spasma utiet dolorem excitantes ubi in partes sensu exquisito præditas irruunt atque organorum, tum ejus in quod se ingerunt, tum istius à quo abscedunt, functiones pervertentes; cum utrumque ab hâc tam iniquâ*

partitione, quæ naturæ œconomiæ penitus adversatur, haud parum detrimenti capiat. »

Sydenham ne s'arrête pas là, comme le dit par erreur M. Dubois, il cherche la cause de cette ataxie elle-même, et voici ce qu'il en dit : *Cujus quidem ἀταξίας origo atque* causa antecedens *est debilior dictorum spirituum crasis, sive nativa ea fuerit, sive adventitia, unde quâvis προφάσει dissipatu faciles sunt et eorumdem systema nullo ferè negotio dirimitur.* »

Cette théorie de l'ataxie de l'agent nerveux ou des esprits animaux fut admise par un grand nombre d'auteurs du siècle dernier. Gorter est un de ceux qui ont le plus nettement formulé l'idée qu'elle représente. « Quand, dit Gorter, la disposition des organes est changée au point que la cause la plus légère, qui ne serait pas capable de faire naître quelque mouvement dans un homme en santé, en occasionne et excite du trouble ; quand une cause qui agit habituellement et insensiblement sur lui y produit plus de dérangement qu'elle n'a coutume, ou enfin quand, sans nouvelle cause, du moins sensible pour nous, ces organes éprouvent un mouvement violent et déréglé, cette disposition ou *altération des organes* dans leur manière d'être s'appelle *motilité;* d'autres la nomment irritabilité, orgasme des esprits, ataxie, oscillation, crispation trop violente. Un tel état est naturel, ou il s'acquiert. »

« On voit quelquefois, dit Tissot, des personnes chez lesquelles la plus petite cause émouvante occasionne des mouvements beaucoup plus considérables que ceux qu'elle produit chez des personnes bien portantes. Cet état s'appelle *irritabilité.* »

Si maintenant l'on se demande consciencieusement quelle est la valeur de cette théorie de l'ataxie et de la motilité, si souvent invoquée par les auteurs du dernier siècle pour rendre compte des phénomènes nerveux ; si on la dépouille des expressions bizarres, des idées accessoires qui l'obscurcissent, elle n'apparaît plus que comme l'expression d'un fait d'observation profondément vrai. Ce fait est l'excessive impressionnabilité du système nerveux en général, la facilité extrême avec laquelle les excitations locales retentissent au loin, se propagent à d'autres parties du système nerveux, aux organes centraux de l'innervation, entraînant à leur suite des phénomènes sympathiques ou réflectifs insolites, nullement en rapport avec la cause excitante première. Cet état du système nerveux, lié à la constitution primitive ou acquise des organes, cette excitabilité plus grande, cette puissance sympathique ou réflective exagérée; voilà ce que Sydenham appelait l'ataxie des esprits animaux, ce qui constitue la

motilité de Gorter, l'irritabilité de Tissot. Le fond de l'idée n'est rien moins qu'une hypothèse ; elle représente, au contraire, un fait positif, un fait d'observation, un état *réel* de la manière d'être et d'agir du système nerveux. Cet état, Sydenham l'a observé dans un grand nombre d'affections dites nerveuses. A-t-il mal vu ? qui oserait le soutenir ? Chez beaucoup d'hystériques, chez quelques hypochondriaques, dans la chlorose, on retrouve incontestablement cet élément organique. Il représente souvent, comme le terrain commun sur lequel se développent avec facilité des formes nerveuses différentes, des névralgies, des palpitations, des phénomènes convulsifs ; il prédispose incontestablement aux attaques hystériques proprement dites. Il précède souvent l'invasion de cette forme spéciale de perturbation, l'accompagne ordinairement et quelquefois lui succède. Sydenham a très-bien saisi cet élément commun. Certes, sans cet état organique antécédent, l'hystérie convulsive ne se développerait pas dans une foule de cas : c'est ce que tous les observateurs consciencieux accorderont à la théorie de Sydenham ; je n'en veux pour preuve que le passage suivant de M. Dubois (d'Amiens) : « Pour que les causes occasionnelles puissent réellement agir, il faut, en effet, dit-il, que la susceptibilité ou l'aptitude existe déjà. Tantôt elle est originaire, et tantôt amenée par l'influence des causes prédisposantes que nous avons examinées. Il ne s'agit donc plus ici, en quelque sorte, de causes prédisposantes, mais du *résultat* de ces causes ; car ce *résultat* constitue la *susceptibilité.* » Eh bien ! la susceptibilité de M. Dubois, qu'est-elle autre chose si ce n'est l'état général que Sydenham avait en vue ? Or, si cet état peut jouer un si grand rôle dans la production des phénomènes appelés hystériques, ne doit-il pas être considéré comme un élément important, sinon essentiel, de l'état pathologique ? Ne faut-il pas en tenir compte, et grand compte, quand il s'agit de la théorie, c'est-à-dire de l'appréciation des causes organiques et du mécanisme de production des phénomènes hystériques ? C'est là l'idée vraie, l'idée expérimentale enfouie dans la théorie et la systématisation de Sydenham. Mais si l'ataxie, la motilité, la susceptibilité nerveuse, se retrouvent chez une foule d'hystériques ; si cet état pathologique concourt au développement de la perturbation fonctionnelle, il ne constitue cependant pas à lui seul l'hystérie, pas plus qu'il ne constitue la chlorose. Il ne représente qu'un des éléments de ces affections complexes qui, pour se développer, exigent d'autres conditions encore, conditions organiques qui souvent influent à elles seules pour produire la perturbation fonctionnelle hystérique. L'attaque hysté-

riforme, en effet, ne suppose pas nécessairement la motilité ou l'ataxie de tout le système, pas plus que la chlorose ne produit toujours l'excitabilité nerveuse exagérée que l'on observe si souvent dans cette affection. C'est là ce que Sydenham a méconnu. Mais trop souvent aussi ceux qui ont formulé sur l'hystérie des idées différentes ont mal apprécié l'élément organique que nous venons de signaler; d'autres (M. Dubois, par exemple) l'ont perdu de vue après l'avoir mentionné, en passant, parmi les causes prédisposantes. (*La fin à un prochain numéro.*)

---

4. *Mémoire sur les spasmes musculaires idiopathiques et sur la paralysie essentielle*; par M. A. Delpech, docteur en médecine, ancien interne de l'hôpital Necker.

(Suite : *voir* t. IV, avril 1846, p. 31; t. V, mai, p. 25.)

(Journal de Médecine de M. Trousseau, mai 1846.)

L'état du névrilème, qui caractérise, comme altération anatomique, les spasmes essentiels, peut se transporter, avons-nous dit, par une espèce de transmission ou de métastase, vers les membranes de la moelle et vers la moelle elle-même. Mais quoiqu'elle n'ait fait peut-être que se propager par continuité dans des organes de même espèce que ceux qu'elle avait frappés d'abord, on ne peut nier que l'affection n'ait complétement changé de nature. C'est de cette façon que la rétraction spasmodique peut amener des accidents graves, tandis que, dans son état habituel, elle n'a pas en général de fâcheux résultats. La manière dont les altérations se placent, soit dans les membranes de la moelle, soit dans la pulpe elle-même, s'accorde parfaitement avec notre opinion. Elles occupent, en effet, plus habituellement les nerfs de la queue de cheval, dont la gaîne fibreuse est tantôt colorée en rouge par imbibition inflammatoire, tantôt profondément vascularisée; puis ce sont le renflement lombaire, le renflement brachial, au niveau desquels les enveloppes de la moelle sont rouges et ecchymosées; ce sont les prolongements fibro-séreux qui tapissent les trous de conjugaison qui portent des traces de phlegmasie. La maladie a-t-elle gagné le tissu médullaire, c'est d'abord la surface de la moelle, puis sa profondeur, qui sont altérées. S'est-elle étendue à l'encéphale, les membranes sont injectées et infiltrées; et si la substance cérébrale elle-même est altérée, c'est à sa surface et au contact des membranes qu'existent les lésions. Ainsi, dans le principe, et sur toute l'étendue du système nerveux, congestion, phlegmasie des membranes précédant toute espèce de désorganisation.

Répétons que les contractures idiopathiques passagères appartiennent à la première période, et que, dans les cas d'autopsie, lorsque la maladie est restée simple, et qu'une autre affection a fait périr le malade, ou la congestion nerveuse a disparu et les lésions sont nulles, ou les nerfs sont seuls altérés.

La discussion anatomique nous semble avoir bien sérieusement appuyé notre opinion sur les organes où doit se localiser la contracture des extrémités. Toutefois, comme d'autres opinions ont été émises sur la nature des accidents, nous devons en tenir compte et chercher à les apprécier. Nous reviendrons ensuite à un troisième ordre de preuves : celles que nous tirerons des symptômes eux-mêmes et de la marche de de la maladie.

Dance resta dans le doute sur son origine et sa nature. M. Tonnellé, au contraire, admettant qu'elle ne laissait après elle aucune altération organique appréciable, chercha dans une lésion fonctionnelle une explication des phénomènes qu'il avait observés. Etablissant comme principe l'existence d'un fluide nerveux, très-probablement altérable, et dont les modifications, soit dans sa nature propre, soit dans les quantités variables départies à chaque organe, pouvaient produire des phénomènes morbides, il pensa avoir trouvé l'explication des névroses et, suivant ses expressions, le mystère de l'épilepsie, de la chorée, dn tétanos. Avant M. Tonnellé, M. Roche, modifiant, pour la rendre intelligible, la doctrine de Broussais sur les névroses, avait admis que ces maladies consistent dans l'accumulation du fluide nerveux dans un tissu, accumulation déterminée par un agent irritant, accumulation aussi matérielle que celle du sang dans un tissu enflammé, mais non pas visible comme elle, parce que le fluide nerveux se dérobe à la vue.

Ces opinions n'étaient d'ailleurs pas nouvelles. Dans le siècle dernier, Sauvages (1) avait cherché à expliquer les spasmes et les paralysies par une modification dans la nature du fluide nerveux poussé dans les muscles, ou par une irrégularité dans son transport à telle ou telle partie : « Convulsio fit ab impetu fluidi « nervei in musculos convulsos immissi.... Vis animæ fluidum « nerveum in nervos propellens imminui potest aut tolli. »

Ainsi, plus conséquent que M. Tonnellé, Sauvages avait cherché à expliquer par l'influence de l'âme comment le fluide nerveux était produit en plus ou moins grande abondance pour telle ou telle partie à un moment donné : « Nec quidpiam est in cere- « bro quod huic fluidi vim et directionem requisitam possit

(1) Sauvages, Amsterdam, 1768, in-4°, t. II, p. 518, 700.

« impertiri, præter illud principium quo sentimus, vivimus et loco « movemur. » Et plus haut : « Anima est principium ejus actionis « quæ convulsio dicitur. »

Il serait vraiment trop facile de réfuter de pareilles hypothèses. Sans doute, les névroses existent souvent sans que nous puissions, après la mort, anatomiser leurs causes organiques ; mais, de ce que les lésions nous échappent, est-ce à dire qu'elles n'existent pas. L'épilepsie a été souvent produite par des altérations appréciables et dont on ne pouvait nier l'influence. Sans parler ici des tumeurs de toute nature dont on ne peut que soupçonner, sans le prouver, le rapport avec les accidents convulsifs, comment expliquer l'action sur le fluide nerveux d'une exostose syphilitique qui produit une épilepsie curable ? Les mercuriaux viennent-ils donc ici rétablir l'équilibre ?

Pour M. Tonnellé, les spasmes musculaires toniques sont sous la dépendance du système nerveux central, comme la contraction musculaire dont ils ne sont que l'exagération. Nous voulons dès l'abord faire ici une distinction qui nous paraît importante. Sans doute l'irritabilité et la contractilité musculaires dépendent de l'encéphale ; mais pendant la vie, et même quelque temps après la mort, diverses causes extérieures peuvent les mettre en action. C'est ainsi qu'un courant électrique, des irritants portés sur les nerfs périphériques, déterminent des mouvements partiels involontaires. Lorsque le fluide électrique, agissant sur un point isolé d'un nerf, produit des phénomènes bornés à quelques muscles que ce nerf anime, admettra-t-on que le système nerveux central soit mis en cause ? Lorsque la lésion d'un nerf amène peu à peu une contracture qui devient chronique, le cerveau intervient-il, et un membre séparé du tronc, qui se meut encore sous l'influence des actions extérieures, est-il sous sa dépendance ? Cela ne peut se soutenir.

Tout en admettant donc que le cerveau communique aux muscles la contractilité, reconnaissons que cette propriété peut être excitée sans son intervention immédiate, lorsque certaines influences s'exercent sur le trajet des nerfs. L'encéphale, chez l'être vivant, est la source de la propriété contractile ; mais, une fois émise, cette propriété peut être modifiée dans sa manifestation par des circonstances étrangères au centre nerveux.

Mais si nous refusons au cerveau une action nécessaire dans la production des spasmes, trouvons-nous, comme le veut de la Berge, à l'autre extrémité de la chaîne, dans la fibre musculaire elle-même, la raison de leur développement ? Nous ne pouvons pas l'admettre.

Une contracture musculaire qui n'est pas d'origine encéphalique ne peut exister, et surtout persister, que sous l'influence de deux causes : une irritation nerveuse congestive ou inflammatoire, et une altération du muscle lui-même ; mais nous ne croyons pas que cette dernière altération puisse être primitive. Tout muscle qui, subitement ou dans un intervalle de temps très-limité, se contracte de façon à conserver ensuite la position qu'il a prise comme un état morbide continu, s'est contracté, non pas sous une influence idiopathique propre à la fibre musculaire, mais sous une influence nerveuse. La fibre musculaire n'a pas la propriété de produire par elle-même de telles contractions. Son irritabilité, qui n'est d'ailleurs que le résultat de l'action nerveuse, ne lui permet pas, lorsqu'elle agit seule, une contracture quelque peu prolongée. Ainsi, rien n'est plus vrai que cette opinion de Galien : « Convelli nulla pars potest nisi « nervi consortii lege unâ cum eâ afficiantur (1). »

Si nous insistons sur ce point, qui, ce semble, doit paraître clair à chacun, c'est qu'un esprit distingué, de la Berge, a paru méconnaître, dans le travail que nous avons cité, ces propriétés physiologiques. Il s'y est montré tout disposé à localiser la contracture dans la fibre musculaire, et à la considérer même, sans oser toutefois l'affirmer, comme le résultat d'un état inflammatoire. Or, les états inflammatoires ne présentent pas l'intermittence et la mobilité des rétractions spasmodiques, et, d'ailleurs, l'inflammation ne produit pas dans les muscles ces contractions puissantes et subites. Le tissu musculaire n'agit, suivant nous, que dans les contractures chroniques. Le muscle se transforme alors, ou plutôt il disparaît et s'amoindrit comme tous les organes qui deviennent inactifs dans l'économie. Le tissu celluleux a pris le dessus, et le système nerveux n'influe plus en rien sur la maladie. C'est à cet état sans doute, lorsqu'il s'est accompagné de phlegmasie, que doit se rapporter une altération que nous avons entendu signaler à M. Ricord, et dans laquelle les cloisons celluleuses des muscles se seraient transformées en tissu albuginé.

De cette impuissance des muscles à se contracturer en raison de leur immobilité, il résulte que l'on doit chercher dans le système nerveux l'origine de la maladie que nous étudions ; et comme nous avons éliminé, d'une autre part, le centre encéphalo-rachidien, il nous faut chercher dans les cordons nerveux l'origine de la contracture. La physiologie viendra-t-elle à notre secours ? Une extrémité nerveuse peut-elle se trouver dans un état patho-

(1) Galien, *Comm.* 4, *in libr. de Articulis*, cap. 21.

logique qui modifie de telle sorte ses fonctions normales qu'il détermine les accidents que nous avons décrits ? Nous ne croyons pas qu'il soit possible de le nier. Des tumeurs, situées sur le trajet d'un nerf qu'elles irritent, amènent des contractures dans les points où ce nerf se distribue ; les névralgies anciennes produisent les mêmes effets. Une irritation, artificiellement portée sur un point quelconque d'un nerf du mouvement, fait naître des contractions dans les muscles qu'il anime. Une altération pathologique toute locale déterminera donc au même titre de semblables accidents.

L'observation seule aurait suffi d'ailleurs pour montrer, et combien est limitée dans le principe l'altération, et à quel petit nombre de faisceaux musculaires elle peut s'adresser. C'est le plus souvent à l'extrémité des membres, et surtout des doigts, qu'elle siége d'abord, et chez beaucoup de malades ces parties sont affectées isolément. Ainsi, quelquefois, aux élancements nerveux, aux douleurs, s'ajoute dans le principe la contraction isolée de l'un ou de plusieurs des muscles de l'éminence thénar, et le pouce est pris par la maladie. Un ou plusieurs doigts sont isolément fléchis, quoique, plus généralement, tous le soient en même temps. Ce n'est que plus tard que le poignet se fléchit notablement, et assez rarement la flexion de l'avant-bras sur le bras est très-considérable. C'est donc dans des filets nerveux peu volumineux que la maladie paraît siéger d'abord ; elle ne gagne que peu à peu les cordons volumineux eux-mêmes. Ce qu'il y a de remarquable, c'est que c'est dans les nerfs les plus superficiels qu'elle se localise habituellement. Le médian d'abord, et le cubital ensuite, en sont presque exclusivement attaqués. Ainsi, les nerfs destinés à l'éminence thénar, ceux du fléchisseur superficiel, agissent les premiers ; ce qui se manifeste très-bien par la flexion des doigts en masse, les dernières phalanges restant étendues : puis celles-ci se prennent à leur tour, et le poignet se fléchit sous l'influence du grand et du petit palmaire. Bientôt les bords de la main se serrent et se rapprochent sous l'influence des interosseux animés par le nerf cubital, tandis que les adducteurs du petit doigt rendent plus creuse, en se rétractant, la cavité palmaire. Les douleurs signalées par les malades permettent d'ailleurs de suivre plus ou moins parfaitement le trajet du cubital et celui du médian. Disons en passant que ces deux nerfs affectent, dans une grande partie de leur trajet, une position superficielle.

La contracture s'étend-elle aux muscles du bras, remonte-t-elle le long des cordons nerveux, c'est le nerf musculo-cutané dont l'origine se confond en partie avec celle du médian, qui

anime les muscles contracturés, le biceps et le brachial antérieur. Ce sont le brachial cutané interne et son accessoire, dont l'origine se confond avec celle du médian, qui deviennent le siége de la douleur, et nous avons vu (observation II) qu'il nous avait été possible de suivre, sur les indications d'une malade, le trajet thoracique des anastomoses de ce nerf. Le nerf radial, au contraire, protégé contre les influences extérieures par sa position profonde, appartenant par son origine à un système différent, n'a jamais été l'origine, pour les muscles qu'il vivifie, des rétractions spasmodiques. Veut-on s'assurer encore de la marche des accidents de la périphérie au centre, qu'on lise l'observation II prise sur une jeune femme intelligente, et qui rendait de ses souffrances un compte exact, et on verra que, suivant le trajet des nerfs, les douleurs, d'abord bornées aux extrémités, remontaient comme les accidents spasmodiques, et se dirigeaient vers les épaules pour se perdre dans la colonne vertébrale, où se propageait quelquefois, après le paroxysme, un sentiment de picotement et de pesanteur.

Aux membres inférieurs, nous avons suivi, chez la même malade, jusqu'au point d'émergence des trous vertébraux, les douleurs fixées sur le trajet des nerfs crural et sciatique, et la direction exacte de ces nerfs. Les douleurs avaient commencé sur les extrémités du saphène interne ; ce qu'indiquait très-bien la jeune femme, en disant que c'était sur le point où avait été faite une saignée du pied qu'elles avaient paru d'abord.

Ainsi, c'est des extrémités vers le centre, et sans quitter les organes qu'elle a d'abord frappés, que se propage la cause organique des spasmes essentiels. Elle est, dans le principe, bornée à des points très-limités de l'économie. Nous trouverions facilement, pour démontrer ce siége, un nouvel argument dans la chaleur, le gonflement, la rougeur, observés aux extrémités malades par de la Berge, qui en avait si bien senti l'importance comme preuve de la localisation du spasme. Depuis lui, M. Imbert les a plusieurs fois observés, et nos observations en présentent plusieurs exemples. Nous ne savons pas que la contracture d'origine cérébrale s'accompagne, dans les parties malades, d'un phénomène de ce genre.

Enfin, un dernier caractère nous semble irrécusable : Si l'on veut voir s'exagérer les douleurs et les contractures, on n'a qu'à presser où à ligaturer le membre lui-même. En serait-il ainsi si l'on n'agissait pas sur le point malade, et ce fait seul ne suffirait-il pas pour prouver que la maladie est toute locale dans son état de simplicité ?

C'est là que nous arrêterons la démonstration. Elle nous semble permettre cette conclusion, que la discussion des symptômes, aussi bien que l'anatomie pathologique, démontrent la localisation sur les cordons nerveux de la cause des contractures, et qu'elle frappe, en produisant des phénomènes en rapport avec les fonctions des organes malades, et les nerfs du mouvement et ceux de la sensibilité. La recherche des formes de la contracture, la direction et la nature des douleurs, leur marche et leurs terminaisons, indiquent de plus qu'elles se dirigent de la périphérie vers le centre.

Mais, dans les cordons nerveux, quelle est la partie spécialement affectée? Disons-le de suite : pour nous, c'est, au moins dans le principe, le névrilème qui est frappé par la maladie. Déjà Van Swieten avait pensé que bien des maladies inexpliquées siégeaient dans les tuniques nerveuses. « Patet plurimos morbos « in nervorum tunicis sedem habere posse, a quibus nervorum « actio lædi vel integrè aboliri potest, licet nihil mali in ipsâ « propriè dicendâ nervi substantiâ hæreat, sed tantum in inte- « gumentis ; et, ut posteà patebit, curabiles fortè solæ sunt illæ « paralyses quorum causæ non hærent in ipso nervo, sed in mem- « branis nervum ambientibus, quorum vasa distenta nervum « comprimunt quidem, nondum tamen integrè destruunt (1). »

Les raisons que nous donnerons pour appuyer cette opinion sont les recherches anatomiques que nous avons signalées et celles qui se rapportent à la névralgie convulsive, dont nous expliquerons les relations avec les spasmes essentiels; la mobilité toute rhumatismale des accidents, qui ne peut permettre de croire à une lésion de la pulpe nerveuse; leurs relations avec ceux du rhumatisme, qui sont une véritable présomption pour admettre la lésion du tissu fibreux plutôt que celle de la substance médullaire.

Les mêmes raisons, jointes à la liaison si fréquente de la contracture et de la paralysie, le peu d'étendue de cette dernière dans quelques cas, sa disparition rapide, les douleurs qui l'accompagnent, nous font penser qu'elles ont absolument le même siége. Il est probable que, dans les cas cités par quelques observateurs, où la paralysie s'est beaucoup plus prolongée, la lésion du nerf était plus profonde. Remarquons, en général, que dans cette forme la motilité est moins grande et la durée plus considérable; ce qui peut tenir, soit à la nature, soit plutôt à l'intensité de l'altération nerveuse.

Étude des causes. — Après avoir cherché à déterminer quels

(1) Van Swieten, in-4°, t. III, p. 359.

organes sont affectés dans le spasme tonique idiopathique, nous sommes naturellement amené à nous occuper des conditions dans lesquelles ces organes deviennent plus habituellement le siége des altérations que nous avons indiquées. Localiser la maladie était en rechercher la cause prochaine : nous allons maintenant en signaler des causes plus éloignées. Nous déterminerons, autant que le nombre encore peu considérable des observations qui sont dans la science permet de le faire, quelle a été sur sa production l'influence des circonstances où les malades se trouvaient placés. Mais il nous semble que l'étiologie doit être ici envisagée sous deux points de vue : en premier lieu, les circonstances matérielles de production des spasmes ; en second lieu, le lien qui les unit aux phénomènes observés. Cette dernière considération rentre en grande partie dans l'examen de la nature même de la maladie : c'est donc là que nous en traiterons spécialement.

Nous examinerons ici d'abord l'état des individus eux-mêmes, considéré sous le rapport du sexe, de l'âge, du tempérament, des professions, des états physiologiques ou morbides qui nous ont paru influer sur la production des spasmes ; puis nous nous occuperons de l'influence des milieux, des époques de l'année, de la température, des impressions morales.

Sexe. — L'influence du sexe a été diversement appréciée, quant au développement de la maladie, chez les enfants : les uns ont trouvé que les jeunes filles en étaient plus souvent atteintes, les autres qu'elle sévissait plus ordinairement chez les garçons ; mais la question devient bien plus embarrassante chez l'adulte, ou plutôt jusqu'à présent elle semblait ne pouvoir pas même être soulevée ni faire l'objet d'un doute. Des dix-huit observations connues dans la science il y a un an encore, dix-sept avaient été prises sur des hommes : une seule, la première, de Dance, avait eu une femme pour sujet. Le sexe masculin semblait donc la condition presque nécessaire du développement du spasme musculaire ; mais les observations que nous avons recueillies l'ont été toutes chez des femmes, et en y joignant quatre ou cinq des observations rangées parmi celles dont les enfants font le sujet, et qui portent sur des jeunes filles de 15 ou 16 ans, le nombre des malades du sexe féminin devient au contraire plus considérable. La question n'est donc pas jugée : toutefois, nous verrons que les femmes n'y sont en général exposées que sous l'influence de conditions particulières en dehors desquelles elles y semblent, si l'on en croit le petit nombre des faits connus, moins sujettes que les hommes.

Age. — C'est à deux époques de la vie, dans la première

enfance et dans l'âge adulte, que la prédisposition a été la plus marquée. Ainsi, c'est de 1 an à 3 ans, et, plus tard, de 15 à 25, que la fréquence a été la plus grande. Cependant, des faits assez nombreux ont marqué les années intermédiaires et se sont montrés même à un âge bien plus avancé.

Tempérament. — L'influence de la constitution a varié chez les enfants et chez les individus plus âgés. Tandis que chez les enfants une constitution grêle, chétive, a semblé une cause prédisposante des spasmes musculaires, une constitution vigoureuse, un tempérament sanguin, pléthorique même, de l'embonpoint, une bonne santé habituelle, en ont été chez l'adulte l'accompagnement ordinaire.

Menstruation, parturition, flux lochial, allaitement. — Parmi les causes les plus puissantes des rétractions spasmodiques, il faut placer, chez les femmes, l'accomplissement des fonctions de l'utérus, la menstruation et la parturition. C'est au moment de l'établissement des règles chez les jeunes filles que ces accidents sont le plus fréquents; plus tard, c'est à différentes époques de l'allaitement, peu de temps après l'accouchement, et surtout pendant que les lochies coulent encore, ou lorsqu'elles se suppriment; c'est au moment du retour des règles qu'ils se montrent le plus habituellement.

Une de nos observations démontre nettement cette influence. La femme qui en est le sujet était prise pour la cinquième fois, depuis cinq ans, des accidents spasmodiques. Une seule fois c'était pendant une grossesse qu'ils s'étaient développés. Les quatre autres attaques se manifestèrent au septième, au dixième, au vingt-quatrième, au premier mois de l'allaitement dans trois grossesses différentes.

D'autres malades n'allaitaient pas leurs enfants; mais elles étaient accouchées depuis peu de jours, et se trouvaient encore sous l'influence de cette disposition particulière qui constitue l'état puerpéral.

Il ne faut pas qu'on soit étonné de nous voir considérer le temps de la lactation, même lorsqu'elle s'est longtemps prolongée, comme marqué par des tendances analogues à celles qui se manifestent pendant le temps des couches proprement dites. Tous les auteurs qui ont observé avec soin les femmes en couches et les nourrices, ont pu remarquer que ce que l'on appelle l'état puerpéral, c'est-à-dire cet état de l'organisme, cette direction physiologique qui les prédispose à certaines affections, persistait pendant tout le temps de l'allaitement. Dans l'un comme dans l'autre cas, les femmes sont plus disposées qu'en tout autre temps à

recevoir l'impression des constitutions morbides régnantes ; les névroses, les phlegmasies, se développent avec plus de facilité ; les inflammations se terminent le plus souvent par la suppuration. Les affections des veines (*phlegmatia alba dolens*), celles des articulations, le rhumatisme aigu et chronique, sont plus fréquents que dans toute autre circonstance : nous avons donc le droit de considérer cette espèce de diathèse spéciale comme agissant indifféremment et de la même façon à ces deux époques physiologiques.

Chez les nourrices, c'est souvent lorsque l'allaitement est abandonné que les spasmes se produisent. Ils surviennent cependant assez facilement même pendant son cours et sans l'interrompre.

Différents états morbides peuvent, comme les conditions physiologiques que nous venons d'indiquer, agir dans la production des rétractions spasmodiques. Elles surviennent fréquemment chez les enfants au commencement et dans le cours des maladies, soit aiguës, soit chroniques. Ainsi, une rougeole suivie de pneumonie chronique, une colite chronique, une pleurésie compliquée de gastro-entérite, une pneumonie avec la même complication, des altérations diverses de la muqueuse intestinale, ont accompagné le développement et la marche des contractures dans les observations de M. Tonnellé.

Des vomissements intenses, de la diarrhée, les ont très-fréquemment précédées. La présence des vers dans le canal intestinal a paru en constituer une cause assez puissante. Les fièvres intermittentes anciennes, les fièvres graves, ont été dans le même cas.

Entre ces influences qui naissent de l'état même du sujet et celles qui viennent de l'extérieur, se placent les impressions morales. Elles agissent principalement lorsque la maladie s'est déjà produite pour l'exagérer ou faire naître les accès. Cependant elles peuvent en être la cause déterminante, soit directement et par leur action sur le système nerveux en général, soit indirectement et en supprimant les menstrues ou les lochies.

Les circonstances extérieures se rapportent aux professions, aux saisons, aux constitutions médicales, à la température.

M. Murdoch chercha le premier à établir un rapprochement entre les professions de couturière, de tailleur, de cordonnier, et les rétractions spasmodiques. Il pensa que la position habituelle des doigts expliquait chez eux la forme des contractures. Laissant de côté cette dernière assertion, qui est quelque peu hasardée, nous ne nous occuperons que de l'examen de l'idée principale ;

nous ferons remarquer, toutefois, que la contracture essentielle est loin de se produire seulement dans les mains et dans les doigts. Elle attaque les membres inférieurs, les mâchoires, et s'il faut là encore chercher une influence d'habitude, il n'y a pas de raison pour qu'elle ne s'étende pas à tous les muscles du corps.

Cependant, il faut le reconnaître, dans un assez grand nombre de cas, les malades appartenaient à la profession de tailleur ou de cordonnier. L'influence professionnelle ne peut cependant pas être invoquée dans une maladie dont les enfants sont fréquemment affectés. Il faut qu'il y ait une autre cause, et cette cause nous la trouverons dans des habitudes propres à ces professions, mais que la profession ne nécessite pas. Ainsi, les cordonniers pauvres, et ceux-là surtout vont à l'hôpital, habitent des échoppes humides et froides, souvent mal fermées ; les tailleurs restent assis dans des ateliers où brûlent continuellement des réchauds, ils manient des fers lourds et portés à une température assez élevée : à peine vêtus, ils sortent couverts de transpiration, et subissent facilement l'impression du froid extérieur. Nous examinerons plus tard l'action du froid : disons maintenant que cette explication est d'autant plus probable que les autres malades, dont l'observation a été publiée, étaient des ouvriers travaillant en plein air ou dans des ateliers ouverts et sans feu, comme les maçons, les terrassiers, les menuisiers.

Saisons. — De la Berge écrivait en 1835 : « Sur dix-neuf cas « où l'époque d'invasion de la maladie a été notée, un seul se « présente ayant sévi pendant la saison chaude ; onze fois elle « s'est rencontrée pendant les mois de novembre, décembre, « janvier et février ; sept fois durant les mois de mars, avril, « septembre et octobre. »

Les faits publiés depuis ont confirmé cette remarque de de la Berge. Les observations de MM. Tessier et Hermel donnent les mois d'avril, de mars, de février, comme dates de l'apparition des accès ; il en est de même des autres observateurs.

Nos observations ne se sont pas aussi rigoureusement rencontrées dans la même période de l'année ; mais elles y sont en général renfermées. Il faut remarquer, d'ailleurs, que nous avions sous les yeux des femmes en couches, dont l'état général explique suffisamment comment certaines conditions atmosphériques peuvent les influencer plus vivement qu'elles ne font d'autres individus. Souvent couvertes de sueur, elles se lèvent la nuit pour soigner leurs enfants, et le moindre refroidissement de la température les saisit et devient la cause d'un grand nombre de maladies.

Outre cette influence, peut-être s'en exerce-t-il une autre. Les spasmes idiopathiques ont quelquefois paru régner d'une manière épidémique, ou du moins ils se sont présentés tout à coup plus fréquents que de coutume. Ainsi, la plus grande partie de nos observations se divise en deux séries qui se sont rencontrées à deux années de distance. MM. Tessier et Hermel, en dehors de l'état de parturition, avaient fait la même remarque. Enfin, dans ce moment même, il règne en Belgique, et spécialement dans les prisons, une affection qui a de grands rapports avec celle que nous avons décrite, et qui lui est peut-être identique. Y a-t-il là, ce qui serait singulier, une cause épidémique légère ? S'agit-il de conditions météorologiques particulières favorables au développement des affections spasmodiques? Nous admettrions de préférence cette dernière explication.

Influence du froid. — On conçoit, en effet, que les femmes en couches, surtout disposées à l'inflammation par leur constitution passagère, reçoivent de la température extérieure une atteinte suffisante pour qu'il naisse des affections de la nature de celle que nous étudions. Beaucoup de maladies de nature rhumatismale se développent chez elles sous des influences trop faibles pour déterminer dans les cas ordinaires de semblables accidents. L'observation est là pour appuyer cette opinion. Dans plusieurs faits que nous avons rapportés, un refroidissement, les mains trempées dans l'eau froide, en avaient été l'origine.

M. Tonnellé, M. Constant, M. Hérard, étaient arrivés, en dehors de l'état d'allaitement ou de parturition, aux mêmes résultats. Depuis, MM. Louis Chapel, Brunache, Marrotte, ont publié des faits du même genre.

Pour résumer en quelques mots ce que nous avons dit dans l'étude des causes, nous rappellerons qu'elles présentent une importance bien variable. Celles qui ont paru agir avec le plus d'évidence sont le froid et les différentes modifications que la femme éprouve dans l'accomplissement des actes physiologiques de l'utérus : suppression des règles et des lochies, suites de couches, allaitement. En seconde ligne nous placerons la première enfance et l'âge adulte, la dentition, certaines constitutions médicales, des états pathologiques préexistants ou actuels, aigus ou chroniques, parmi lesquels nous remarquerons le rhumatisme et la fièvre intermittente, les impressions morales tristes. Enfin, nous indiquerons en troisième lieu, et avec toute espèce de réserves, l'influence de certaines professions et de certains tempéraments. Celle du sexe ne nous a pas semblé devoir être sérieusement admise comme cause première.

Du diagnostic différentiel des spasmes idiopathiques.

Les affections avec lesquelles les rétractions spasmodiques peuvent être confondues sont de plusieurs espèces : presque toutes ont une plus grande gravité et réclament des soins plus actifs ; il est donc utile d'arriver à les reconnaître. Nous les comparerons successivement à diverses affections des centres nerveux et de leurs enveloppes, au tétanos traumatique et spontané, à certaines rétractions épileptiques, à certaines affections saturnines dans leur principe, à la crampe simple, à la contracture chronique, et enfin à la fièvre pernicieuse tétanique.

Si nous voulions suivre dans cet examen une marche dichotomique, nous commencerions par diviser en deux séries les affections des centres nerveux, celles qui peuvent s'accompagner de perte de connaissance ou de délire, et celles qui n'empêchent et ne pervertissent jamais l'exercice de l'intelligence. Les premières seraient par cela seul placées en dehors de notre étude. Chez tous nos malades, en effet, l'intelligence est restée nette.

Cette absence de trouble cérébral ne permet pas de confondre avec la rétraction spasmodique la méningite cérébrale, qui, chez les jeunes enfants, aurait pu, au commencement de la deuxième période, être difficile à en distinguer. Dans les deux cas, on peut avoir observé des vomissements, la fièvre due à une autre affection, une entérite, par exemple, puis la lenteur du pouls et des contractures partielles, quelquefois mobiles encore à cette période, où il ne s'est point encore opéré de désorganisation profonde ; mais la somnolence, l'irrégularité du pouls, si remarquable qu'elle nous a suffi quelquefois pour diagnostiquer la méningite, et le délire facile à reconnaître, même chez les jeunes enfants, suffiraient pour distinguer l'une de l'autre les deux affections. Joignons-y les cris hydrencéphaliques, les réveils en sursaut, les bouffées de rougeur vers la face, les irrégularités de la respiration, l'inégalité des pupilles, le strabisme très-rare dans le spasme, et il restera peu de chances d'erreur.

Dans les cas difficiles, et il en est, où l'intelligence semble persister quoiqu'il se soit produit déjà des phénomènes convulsifs, on trouverait les éléments du diagnostic dans un symptôme sur lequel M. le professeur Trousseau insiste depuis quelque temps dans ses cliniques, quoiqu'il appelle lui-même une plus longue expérience pour en apprécier la valeur. Lorsqu'on passe à deux reprises différentes, et même une seule fois, la pulpe du pouce sur un point de la peau chez un enfant affecté de méningite, en opérant un frottement modéré, il se produit une macule d'un

rose intense, limitée à l'étendue de la peau touchée par le doigt, et nettement tranchée sur les parties voisines. Cette rougeur, qui paraît quelquefois graduellement, persiste pendant un temps assez long. Elle est remarquable surtout à la joue, à la poitrine, au ventre et aux cuisses. Elle ne se produit pas habituellement chez les enfants affectés de toute autre lésion que la méningite, ou bien elle est fugitive et paraît plus difficilement. Enfin, elle est assez significative et assez constante pour que nous ne l'ayons jamais vue manquer, et pour que seule elle ait pu nous faire justement affirmer l'existence de méningites que nous n'aurions pu sans elle diagnostiquer.

L'encéphalite partielle sera facilement reconnue à la nature de la cause, si elle est externe, aux troubles de l'intelligence, à la durée plus grande des phénomènes d'invasion (fourmillements, picotements dans les membres), à la continuité de la contracture, à la marche progressive, exacerbante des phénomènes convulsifs.

La céphalalgie ancienne s'accompagnant de vomissements, des convulsions cloniques revenant à intervalles plus ou moins éloignés, la chronicité de la contracture lorsqu'elle se produit, la constitution générale de l'individu, établiront une distinction facile entre les tubercules cérébraux et le spasme idiopathique.

Les affections de la moelle nous offriront plus de difficultés. Les congestions rachidiennes présentent, en effet, quelques rapports avec nos observations de paralysie ; mais jamais elles ne ressemblent à la forme contracture. Elles diffèrent de la paralysie essentielle en ce que jamais elles ne sont unies par intervalles à la contracture, en ce qu'elles frappent à la fois les deux côtés du corps, en ce que jamais les bras ne sont atteints sans que les jambes le soient en même temps ; enfin, en ce qu'elles se terminent soit par la guérison, qui ne se produit qu'au bout de plusieurs mois de maladie, soit, le plus souvent, par la mort.

L'hématorachis produit quelquefois des secousses convulsives ; mais ces secousses sont générales et ne présentent pas la forme tonique rémittente.

La méningite rachidienne sera facilement reconnue, en ce que presque jamais elle n'existe seule, et que la méningite cérébrale avec tous ses caractères la complique dix-huit fois sur vingt (Parent-Duchâtelet, Martinet, Ollivier, Calmeil). D'ailleurs, la douleur vertébrale continue, le renversement de la tête en arrière, la roideur du tronc, suffiraient pour établir le diagnostic.

La myélite qui s'accompagne de contracture a été précédée d'une insensibilité plus ou moins complète portant sur une grande

partie du corps. Et nous noterons ici ce caractère, que, dans les maladies des centres nerveux avec désorganisation de la pulpe, la contracture ne se produit qu'en second lieu. Or, si une paralysie notable a précédé les contractures idiopathiques dans quelques-unes de nos observations, cette paralysie a été mobile, elle a frappé isolément tel membre, et elle a séparément affecté la peau et le système musculaire. Enfin, dans les affections de la moelle, la paralysie s'est développée de bas en haut, et non pas de haut en bas, comme on le voit si fréquemment dans la paralysie essentielle ; elle porte en même temps sur la vessie et sur le rectum, ce qui n'arrive pas dans celle-ci. Quant à la rétraction par influence rachidienne, elle est continue, presque toujours exempte d'exacerbations, et elle ne disparaît pas tout à coup comme le spasme idiopathique.

Le tétanos se présente sous deux formes : s'il est traumatique, la blessure, les circonstances fâcheuses dans lesquelles le blessé aura été placé, dirigeront le diagnostic; qu'il soit traumatique ou spontané, sa marche continue avec secousses convulsives, son siége spécial sur le tronc et sur les muscles vertébraux en particulier, tandis que, suivant Sprengel, les doigts resteraient flexibles, les courbures que le tronc affecte, suivant que telle ou telle série de muscles est plus particulièrement atteinte, l'absence de périodicité, et par conséquent de renseignements donnés par les malades sur des accès semblables ; tous ces caractères suffiront pour empêcher l'erreur. Hâtons-nous de dire, toutefois, que, bien probablement, parmi les observations de tétanos guéri, plusieurs appartiennent au spasme musculaire.

Les rétractions épileptiques, qui peuvent être douloureuses, seront facilement reconnues à ce qu'elles auront été précédées d'une attaque grave, et plus habituellement de mal épileptique avec perte de connaissance plus ou moins prolongée. Elles seront continues et, en général, quoique ce ne soit pas un caractère de grande valeur, moins douloureuses que les rétractions idiopathiques. Les commémoratifs occuperont ici la première place.

Ils auront encore une grande valeur dans le principe de certaines formes de l'affection saturnine. Un malade entrait au mois de mars 1846 à l'hôpital Necker : jamais il n'avait éprouvé d'accidents saturnins. Depuis plusieurs jours, il avait été pris d'une roideur particulière et de crampes dans les membres avec sensation de fourmillement et quelques élancements douloureux. La musculation ne s'exerçait pas avec autant de facilité que de coutume, la sensibilité était légèrement pervertie ; mais ces accidents étaient continus, sans aucune rémission : la flexion légère des

doigts ne présentait pas le caractère de la flexion spasmodique : le malade avait travaillé dans une fabrique de blanc de céruse. Les gencives présentaient la couleur grise caractéristique de l'action des préparations saturnines sur l'organisme : un bain sulfureux détermina sur les mains l'apparition de taches noires de sulfure de plomb. Le diagnostic fut donc facile dès qu'on y eut apporté quelque attention.

Quant à la crampe proprement dite, la rapidité avec laquelle elle s'efface; pour la contracture chronique, au contraire, sa continuité, son développement souvent graduel, l'absence de douleurs, sont des signes diagnostics suffisants.

---

5. *Considérations pratiques sur les causes, la nature, le diagnostic et le traitement des gaz développés dans les voies digestives;* par M. Amédée Latour.

(Bulletin général de Thérapeutique, mai 1846.)

Le développement des gaz dans les voies digestives est une affection, pour parler le langage de l'école, qui peut être idiopathique ou symptomatique : elle est communément désignée sous le nom de *tympanite*, mot impropre, car il indique un phénomène qui n'est pas constant.

La tympanite idiopathique, essentielle, est celle dont le développement ne peut être attribué ni à une inflammation des voies digestives, ni à une altération organique grave, telles que cancer, hypertrophie, ramollissement, ulcérations, etc., des membranes gastro-intestinales, pas plus qu'à la fièvre typhoïde, toutes maladies dans lesquelles la tympanite est une complication fréquente et plus ou moins grave. En dehors de ces circonstances pathologiques, quelques individus, tantôt accidentellement et sous l'influence de causes que nous aurons à apprécier tout à l'heure, tantôt d'une manière presque constante et habituelle, sont tourmentés par un développement plus ou moins considérable, et quelquefois énorme, de gaz dans les voies digestives. Interrogez, examinez ces malades avec le plus grand soin : ni dans l'état anatomique des organes digestifs, ni dans les phénomènes physiologiques de la digestion, vous ne trouverez aucune lésion, aucun trouble qui puissent rendre compte des accidents qu'ils éprouvent. Leur santé générale est bonne, toutes leurs fonctions s'exécutent normalement, et à part l'incommodité dont ils se plaignent, incommodité pénible, douloureuse et surtout fort désagréable, aucune autre altération ne se fait remarquer dans leur état. C'est

de cette première forme de la tympanite que je vais d'abord m'occuper.

Quel est le mode de développement, quelle est la source des gaz contenus dans les voies digestives? Cette première question offre un intérêt véritable et a été résolue de façons fort diverses. D'abord, par sa propre pesanteur, l'air atmosphérique, a-t-on dit, et cela est incontestable, peut pénétrer dans les voies naturelles et séjourner dans le tube digestif. Il peut y entrer par une déglutition véritable de ce fluide : plusieurs expérimentateurs l'ont prouvé. On sait que certaines personnes ont la faculté d'avaler de l'air, et, dans les opérations du recrutement, il a fallu se tenir en garde contre la supercherie de quelques conscrits qui se procuraient ainsi des tympanites spontanées énormes. Les aliments dont nous faisons usage contiennent une certaine quantité d'air, qui, dégagé par la mastication, pénètre dans l'estomac. Les actes de la digestion elle-même donnent naissance à une plus ou moins grande quantité de produits gazeux. M. Magendie, MM. Leuret et Lassaigne ont recueilli et analysé des gaz produits pendant le travail de la digestion, soit sur des suppliciés, soit sur des animaux. Certains aliments dits *venteux*, tels que les haricots, les pois, les châtaignes, les choux, beaucoup de fruits crus, etc., ont la propriété incontestée de développer une grande quantité de gaz intestinaux. Un trouble quelconque dans les fonctions digestives, l'indigestion, donnent toujours lieu à la production de ces gaz. Voilà ce que l'on pourrait appeler les sources extérieures des gaz gastro-intestinaux.

Mais une première remarque, déjà présentée par M. Baumès, doit être faite ici, qui nous permettra d'aborder immédiatement le côté médical de la question : quelques enfants viennent au monde avec une tympanite véritable. On ne peut en rapporter évidemment la cause ni à l'introduction ou à la déglutition de l'air, ni à la mastication, ni à la digestion, ni aux aliments. Quelles sont donc son origine et sa source? Il ne faut pas les chercher ailleurs que dans la propriété que possèdent tous les corps organisés, végétaux et animaux, d'exhaler des gaz dont la nature et l'abondance varient d'après des circonstances qui ne sont pas toutes connues. Or, il est certain que le tube digestif des animaux exhale normalement une certaine quantité de gaz. Cette quantité, sous l'action de causes quelconques, vient-elle à augmenter, voilà l'incommodité, voilà la maladie. C'est donc cette exhalation normale et surabondante de gaz, en dehors de toute condition connue d'altération anatomique, qui constitue la tympanite idiopathique, essentielle.

Cette exhalation, cette sorte de sécrétion gazeuse morbide ne peut pas plus être révoquée en doute que la sécrétion muqueuse et séreuse du tube digestif en très-grande quantité dans certaines circonstances qui ne paraissent nullement liées à l'inflammation. Comme il existe une gastrorrhée, une entérorrhée, il existe également une sorte de *flux* gazeux qu'avec juste raison M. Baumès a proposé de nommer *pneumorrhée*. Ce qu'il y a de remarquable même, c'est que quelques-unes des circonstances qui donnent naissance aux flux muqueux ou séreux de l'estomac et des intestins peuvent produire aussi le flux gazeux ; que ces deux exhalations de la muqueuse gastro-intestinale peuvent se succéder, alterner, se suppléer, et que ces deux phénomènes paraissent liés à la même modification vitale de cette membrane muqueuse.

Le mécanisme au moyen duquel s'opère cette exhalation gazeuse échappe à tous nos moyens d'investigation, et l'on ne peut invoquer ici que des conjectures et des hypothèses qu'il est même inutile d'indiquer. Mais il rentre tout à fait dans le but pratique de cet article d'étudier les causes de son développement et la nature du phénomène : ces deux éléments bien connus, en effet, rendront la thérapeutique plus facile et plus sûre.

D'après les auteurs, les causes de la tympanite seraient fort nombreuses et très-diverses ; cependant, en tenant compte seulement de celles qui sont indiquées dans les observations que j'ai eues sous les yeux, en ne tenant compte surtout que des observations de tympanite essentielle, c'est-à-dire développée en dehors de toute altération intestinale grave, on peut assez facilement en réduire le nombre.

Parmi les causes extérieures, j'ai noté l'influence d'un refroidissement subit. Dans plusieurs observations, il est question d'individus qui, étant en sueur, ont été soumis tout à coup à une température froide et ont été pris, plus ou moins immédiatement après, d'un développement anormal de gaz intestinaux. Une émotion morale vive, un accès de colère, l'annonce d'une nouvelle imprévue, en ont été la cause déterminante dans quelques autres. On remarquera que ces mêmes causes sont souvent mentionnées dans la production de la gastrorrhée et de l'entérorrhée. Plusieurs fois aussi j'ai rencontré l'abus des boissons alcooliques et excitantes signalé comme cause de la tympanite. Il paraît que la maladie serait beaucoup plus fréquente en Angleterre et en Hollande qu'en France, et l'abus du thé serait la cause de cette fréquence. Cette infusion agirait en excitant, suivant les uns, en débilitant, selon les autres, la membrane muqueuse intestinale.

Je connais une personne chez laquelle le café produit inévitablement la tympanite ; l'expérience, répétée dans toutes les conditions possibles, a toujours eu le même résultat. M. le docteur Josat se cite lui-même comme nécessairement en proie à une tympanite toutes les fois qu'il mange du turbot. J'ai vu une autre personne qui est prise de tympanite toutes les fois qu'elle dépasse l'heure habituelle de ses repas ou de son sommeil. M. Josat cite une dame chez laquelle la tympanite se développe tous les jours après son dîner ; elle est pour elle l'indice d'une digestion facile : quand elle manque, ou quand elle est moins développée, cette dame éprouve les accidents d'une indigestion. Les glaces et les boissons frappées sont, pour une autre personne, une cause inévitable de tympanite.

Quant aux causes organiques, j'ai trouvé signalés la présence de vers dans les voies digestives, les névroses de ces organes, les accès d'hystérie, la répercussion d'un exanthème, la métastase d'une affection rhumatismale ou goutteuse, la disparition d'une hémorrhagie habituelle.

Dans presque tous les cas, il est question du tempérament nerveux comme prédominant.

Nulle part je n'ai vu mentionnée une cause qui me paraît très-efficace dans la production de la tympanite intestinale : je veux parler de la constriction exercée par certains vêtements sur la région de l'estomac. Qui n'a été frappé, auprès des jeunes personnes et de la plupart des dames, d'entendre des borborygmes bruyants, quelquefois le bruit de véritables tempêtes intestinales occasionnées par une sorte de précipitation des gaz dans l'intestin grêle ? Ces gaz naissent dans l'estomac, ils tendent à remonter et à s'échapper par la bouche par des éructations que l'habitude et les exigences de la bonne compagnie rendent insonores ; mais le corset les comprime, les empêche de trouver issue par la voie supérieure, et ils se précipitent bruyamment dans l'intestin grêle où quelquefois ils s'accumulent et déterminent des accidents toujours douloureux, et souvent assez graves. J'en ai récemment vu un exemple sur une jeune personne de dix-sept ans, qui, au sortir de table, fut prise de coliques très-vives qui déterminèrent une syncope. Après qu'elle fut délacée, je fus surpris du développement de l'abdomen ; la percussion me donna une sonorité caractéristique : les gaz de l'estomac avaient été refoulés par le corset dans l'intestin grêle, et ce ne fut qu'après leur pérégrination dans l'étendue de l'intestin, que, trouvant une issue naturelle, ils purent échapper avec un *strepitus* qui rendit fort honteuse cette pauvre demoiselle. — Du reste, d'après les résul-

tats de M. Josat, les femmes seraient beaucoup plus sujettes que les hommes à la tympanite, car, sur trente-deux cas, il l'a observée vingt-trois fois sur des femmes. Je ne crois pas m'abuser en disant que l'usage du corset est, chez elles, une cause puissante de cette affection.

M. Josat n'hésite pas à croire que la retenue qu'imposent les usages du monde et les efforts qu'elle exige pour empêcher l'éructation bruyante des gaz développés dans l'estomac, ne soient une cause efficace de tympanite. Il est certain que cette rétention des gaz occasionne un malaise inexprimable, un véritable état d'angoisses et de suffocation. C'est pour se soustraire à cette position pénible qu'un compositeur célèbre, sujet aux flatulences, annonça, il y a quelques années, aux amphitryons de Paris qui se disputaient sa présence, qu'il n'accepterait plus désormais que des dîners de garçon. Les Hollandais, dit-on, n'y mettent pas tant de façons, et les éructations sont un usage général aussi peu de mauvaise compagnie chez eux, que chez nous l'usage passablement étrange de se rincer la bouche après dîner.

De toutes les causes, la plus puissante, à mon sens, est un état particulier de la muqueuse gastro-intestinale, inconnu dans son essence, se rattachant probablement à quelque trouble plus intime et plus profond d'un des grands systèmes de l'économie, le nerveux ou le sanguin, perturbation que l'on appellera dynamique, vitale, comme on voudra, mais qui ne laisse ni trace ni empreinte anatomiques, que le scalpel s'évertuerait en vain à chercher, et qui ne se traduit que par ce phénomène : l'exhalation abondante des gaz. Nous verrons plus loin ce qu'il faut penser de quelques opinions récentes sur la nature de ce phénomène : je me borne à constater en ce moment qu'il n'est lié à aucune altération organique appréciable.

Cette exhalation gazeuse peut se faire dans des parties diverses du tube digestif. Bien rarement elle est générale ; quelques auteurs en ont cité des exemples que je ne crois pas très-concluants. Le plus ordinairement, la tympanite est partielle et limitée d'abord à une des divisions des voies digestives.

M. Josat, qui me semble avoir établi des divisions judicieuses, admet une tympanite *de l'œsophage ;* mais la description qu'il en donne est incomplète et un peu confuse. S'il veut dire seulement que, dans quelques circonstances, la muqueuse de l'œsophage est celle qui exhale d abord les gaz, je partage son opinion ; car j'ai bien souvent l'occasion de remarquer ce fait sur une personne de ma connaissance dont les gaz se développent d'abord évidemment dans l'œsophage ; elle les sent naître, pour ainsi dire,

monter vers la gorge où un spasme du pharynx les empêche de pénétrer plus avant, puis redescendre avec un bruit caractéristique dans l'estomac d'où ils s'échappent dans l'intestin grêle. Cette tympanite de l'œsophage donne lieu à un sentiment de suffocation fort pénible.

La tympanite *stomacale* doit occuper le premier rang dans l'ordre de fréquence. Elle donne lieu à des accidents nombreux suffisamment indiqués par les auteurs : éructation de gaz par la bouche, quelquefois avec une difficulté telle, que l'ingestion des aliments et des boissons est empêchée, que la figure est contractée, la respiration gênée ; hoquet, toux, vertiges ; douleur et ballonnement épigastriques avec bruit particulier assez semblable au murmure d'un ruisseau ; distension de l'estomac quelquefois énorme, et alors pâleur de la face, dyspnée, suffocations, palpitations, lipothymie dans les cas les plus graves : tel est le cortége des symptômes que la maladie fait naître. Quelques auteurs parlent même de terminaison funeste ; mais je n'en ai pas rencontré un seul cas dans la tympanite idiopathique : dans ceux où la mort est survenue, la tympanite était toujours liée à une altération organique grave de l'estomac.

La tympanite de l'*intestin* peut être bornée à l'intestin grêle ou à une des divisions du gros intestin. Les symptômes qu'elle détermine sont connus de tous les médecins, il serait superflu de les rappeler ici.

Il n'en est pas de même de quelques autres points de l'étude des gaz intestinaux, et dans un second article je parlerai du diagnostic, de la nature de l'affection et de son traitement.

---

6. *Anémie. Affection organique probable de l'estomac.* — Hôtel-Dieu. — M. Chomel.

(Gazette des Hôpitaux, N° 67 ; 1846.)

Au numéro 14 de la salle Sainte-Agnès, est couché un homme que nous avons reçu dans nos salles il y a un mois environ. Au moment de son entrée, ce malade offrait une décoloration complète et une pâleur générale des téguments portée au plus haut degré d'intensité. En même temps, il y avait infiltration des membres inférieurs ; ce n'était point une anasarque complète, mais il s'en fallait de peu. L'urine, examinée au moyen des réactifs chimiques, ne contenait pas d'albumine ; ce n'était donc point à une affection des reins qu'il fallait attribuer cet œdème. Cette infiltration tenait-elle à la même condition que l'anémie ? C'est

un point sur lequel nous reviendrons, et qui sera discuté dans la suite de cette histoire.

La décoloration ne portait point seulement sur la peau, sur l'extérieur du corps, mais aussi sur les membranes muqueuses; les muqueuses buccale et conjonctivale étaient d'une pâleur remarquable. De l'un et de l'autre côté du cou, à un degré plus intense, par conséquent, que dans l'état chlorotique ordinaire, dans lequel on n'observe ce phénomène que d'un seul côté le plus communément; de l'un et de l'autre côté du cou, nous constatâmes un bruit de souffle continu jugulaire et non pas carotidien, car ce bruit n'était pas intermittent, mais continu. En appuyant sur la veine, on le faisait cesser complétement.

D'après l'ensemble de ces phénomènes, nous dûmes administrer au malade quelques doses de préparations ferrugineuses, pour voir quels seraient les changements qui pourraient survenir. Sous l'influence de cette thérapeutique, continuée pendant quinze jours environ, il ne s'est manifesté aucun changement dans la teinte générale de la peau du sujet. Seulement, en raison d'une alimentation substantielle probablement meilleure que celle dont il faisait usage chez lui, l'œdème a sensiblement diminué, et maintenant il n'en existe plus que des traces presque inappréciables le matin. Le soir, l'œdème reparaît un peu plus fort, principalement lorsque le malade a marché. Les chairs sont molles, flasques, sans consistance. D'après le rapport du sujet, il paraîtrait que ses mollets ont diminué de plus de moitié du volume qu'ils avaient il y a un an. Le fer n'a donc point agi sur la décoloration de la peau. Les forces ne sont point revenues.

Dès le principe, nous avions donc lieu de croire que cette anémie n'était pas la seule cause de la maladie de ce sujet; mais nous avons dû, comme première médication, chercher à nous débarrasser de cette anémie. Nous disons que cette affection n'était pas la seule à craindre ici. Nous avions lieu de redouter quelque chose de beaucoup plus sérieux. Le malade se plaignait de douleurs dans la région épigastrique : ces douleurs n'étaient point spontanées; mais si l'on appuyait, même légèrement, la main sur cette région, le malade accusait de vives souffrances : aussi, lorsque nous voulions répéter cette exploration, s'y refusait-il souvent, et craignait-il de la voir pratiquer. En remontant aux antécédents, et interrogeant avec soin le sujet dont nous vous parlons, nous apprîmes que de temps à autre il avait éprouvé des douleurs assez vives dans la région épigastrique ; de plus, que depuis trois ans et demi il avait été sujet à ce qu'il appelait des pituites : deux ou trois fois par jour il éprouvait le besoin de

vomir, et rendait par la bouche, sans efforts, une grande quantité de liquides muqueux, filants, transparents, sans coloration bilieuse verdâtre, un peu salés. Il en rendait, à chaque fois, la valeur d'un plein verre à peu près. Nous nous contentons de mentionner ici ce symptôme, sur la valeur duquel nous reviendrons plus tard.

Chez les malades sujets à ces pituites, on observe une chose extrêmement remarquable ; quand elles surviennent quelques instants après les repas, il y a une véritable action élective de l'estomac, qui se débarrasse de ce qui lui est nuisible et retient les aliments. Pas une seule fois, nous a-t-il assuré, il n'a vomi les aliments qu'il venait de prendre. Depuis le temps qu'ils durent, ces vomissements se sont répétés sept à huit cents fois environ ; jamais ils n'ont été composés d'autre chose que de matières muqueuses. Nous ne saurions trop attirer l'attention sur ce fait bien remarquable, que c'est pendant que les aliments sont dans l'estomac que les choses se passent de cette manière. Le malade affirme que pendaut les quinze mois qu'il a été sujet à ces vomissements, il n'a éprouvé aucun dérangement dans la santé générale. Il assure même que pendant les premiers mois de la maladie il avait continué à engraisser, et qu'il avait augmenté de poids et de volume. Ceci n'est peut-être point d'une rigoureuse exactitude, et nous devons nous tenir en garde contre les exagérations auxquelles les malades n'ont que trop de tendance à s'abandonner dans les cas qui leur semblent extraordinaires et en dehors des idées généralement reçues dans le public. En général, les ouvriers font assez peu d'attention à leur santé, tant qu'ils ne sont point assez gravement affectés pour être obligés d'interrompre leurs occupations. Quoi qu'il en soit, il affirme qu'il n'avait pas maigri, et s'il y a eu diminution dans l'embonpoint et dans le volume du corps, toujours est-il qu'il est probable qu'elle n'a point été considérable.

Un mois et demi environ après le début de la maladie, le sujet dont nous vous racontons l'histoire fut pris de diarrhée ; les matières excrémentitielles qu'il rendait étaient noires, de couleur d'encre, pour nous servir de ses expressions. Cette diarrhée a duré dix mois à peu près, le malade allant plusieurs fois à la selle chaque jour. Depuis le mois de juillet de l'année dernière, des accidents plus graves se seraient manifestés. Depuis cette époque, il a eu, à sept reprises différentes, des vomissements de matières verdâtres. Ces vomissements en eux-mêmes, et considérés abstraction faite de l'état général, n'auraient pas une grande valeur; mais à partir du moment où ils survinrent, la santé gé-

nérale commença à s'altérer de plus en plus. Dès cette époque, il fut obligé de cesser complétement ses travaux ; son embonpoint diminua ; il perdit une partie de ses forces, fut obligé de restreindre la quantité de ses aliments. Peu à peu ces accidents augmentant d'intensité, il dut renoncer complétement à l'usage de la viande et des légumes. Sa nourriture consista exclusivement en soupes, potages. L'affaiblissement progressif et bien marqué du malade le décida à entrer une première fois à l'hôpital, où il ne resta que fort peu de temps.

Après un court séjour chez lui, ne voyant aucun amendement survenir dans sa position, cet homme est revenu à l'Hôtel-Dieu, et a été admis dans nos salles. Au moment où nous vous parlons, il existe une perturbation assez grande dans les organes digestifs ; cependant cette perturbation ne semble pas en proportion avec les phénomènes généraux que présente le sujet. Il digère assez bien les aliments qu'il prend ; mais il refuse toute nourriture plus substantielle et plus solide que celle dont nous venons de parler, c'est-à-dire la soupe et les potages. La pression détermine une douleur dans la région épigastrique. Lorsque l'on palpe le ventre depuis les pubis jusqu'à l'épigastre, on constate qu'il est souple, non douloureux; ce n'est qu'à deux ou trois doigts au-dessous de l'appendice xiphoïde que commence la sensibilité, et que se manifeste une douleur vive lorsque l'on cherche à déprimer le creux épigastrique. Les parois abdominales, dans ce point, semblent un peu affaissées ; mais on perçoit évidemment une rénitence anormale. Cette rénitence est certainement morbide, et il est impossible de ne point admettre qu'elle tient à un état pathologique.

La réunion de tous ces signes, la douleur épigastrique, la rénitence, l'impossibilité où se trouve le malade de digérer la viande et les légumes, tout indique une perturbation dans les organes composant l'appareil digestif. De plus, il faut tenir compte de la diarrhée et du sang contenu dans les selles. Nous n'avons pas besoin de vous rappeler, vous le savez déjà, que cette coloration noire, analogue à de l'encre, des matières fécales, est toujours due à la présence du sang. L'amaigrissement du malade est d'autant plus grand, ou plutôt paraît d'autant plus considérable, qu'il était doué de plus d'embonpoint et d'une constitution plus forte et plus vigoureuse. La rénitence que nous avons constatée à plusieurs reprises, nous donne lieu de croire qu'il y a là une lésion chronique organique.

Ici, relativement au siége, une question importante se présente. Cette lésion organique est-elle dans l'estomac ou dans le foie ? La rénitence offre bien tous les caractères de celle que

l'on constate dans certaines hypertrophies du foie ; mais rarement ces hypertrophies de l'organe sécréteur de la bile sont accompagnées de douleurs, de diarrhée, de vomissements glaireux comme dans le cas actuel. Le plus ordinairement la sécrétion de la bile présente des modifications plus ou moins importantes qui n'existent point ici.

En face de cette douleur, de cette rénitence, qui par son siége semblerait appartenir au foie, nous devons mettre les autres phénomènes sur lesquels nous nous sommes longuement étendu précédemment. En tenant compte de ces diverses circonstances, il paraîtrait certainement plus rationnel, plus probable de songer à une affection de l'estomac. Si nous passons en revue les diverses affections organiques de l'estomac qui peuvent donner lieu à cet ensemble de symptômes, nous trouvons en première ligne une affection squirrheuse, dans laquelle on rencontre comme signe principal une rénitence partielle : cette affection squirrheuse est celle qui occupe la partie antérieure et moyenne des parois du ventricule, en respectant les orifices qui restent libres. Dans les cas de cette nature, la région épigastrique présente une tuméfaction semblable à celle que nous observons chez le malade qui fait le sujet de notre conférence clinique. Dans la disposition de la tumeur, dans la manière dont son bord inférieur se comporte, nous trouvons des motifs de penser que ce doit être dans la paroi antérieure de l'estomac que siége la maladie.

On ne peut nier que le foie ne puisse, à la rigueur, être affecté ; mais les phénomènes se rapportent plutôt à une maladie de l'estomac, surtout si nous tenons compte des récits du malade et de la coloration noire des matières fécales. Le squirrhe de l'estomac n'est pas toujours accompagné de vomissements. Lorsque les parois de l'organe sont profondément atteintes dans toute leur épaisseur, que les fibres musculaires sont transformées en substance squirrheuse, et que, en même temps, les orifices sont restés libres, les parois restant forcément immobiles, n'agissant point sur les matières contenues dans le ventricule, le vomissement devient par cela même physiquement et matériellement impossible. Dans cette forme particulière du carcinome stomacal, il n'y a point de vomissements, il ne peut point y en avoir, et leur absence dans le cas actuel ne fait que nous confirmer dans l'opinion probable que c'est à cette lésion organique que nous avons affaire dans cette circonstance.

La couleur des matières fécales fournit quelques renseignements utiles. Nous avons dit que le sujet avait rendu des

matières noires : cette coloration anormale n'est autre chose que du sang modifié par la digestion, comme on l'observe dans le *melœna*. Seulement ici le caractère est encore plus tranché : le sang a traversé le conduit intestinal dans toute son étendue, il a subi des modifications plus complètes, plus profondes ; il a acquis une consistance plus grande, a perdu plus de ses portions liquides que celui qui, exhalé dans l'estomac, est rendu par la bouche.

Le carcinome de l'estomac dont cet homme nous paraît être atteint (nous disons nous paraît, car nous n'avons pas encore constaté par nous-même la coloration noire des matières qu'il rend en allant à la selle) ; le carcinome dont cet homme nous paraît être atteint siégerait donc, si notre diagnostic est vrai, dans les points que nous avons indiqués ; il n'occuperait absolument que les parois. Lorsqu'au lieu d'affecter cette forme isolée, il présente des symptômes différents, quand la dégénérescence organique occupe le pylore (et il semblerait que les descriptions générales du cancer de l'estomac qui ont été jusqu'ici données par les livres classiques se rapportent presque exclusivement à celles du cancer du pylore) ; dans les cas de cette espèce, il y a des vomissements continuels, et ces vomissements offrent cette particularité, que, d'une part, ils sont éloignés ; que, de l'autre, la quantité des matières vomies est des plus considérables. Le squirrhe détermine un rétrécissement de l'orifice pylorique, empêche le passage des aliments, donne lieu à une distension causée par l'accumulation des bols alimentaires. On rencontre quelquefois des distensions de l'estomac assez considérables pour qu'il soit possible, à la simple inspection du ventre, de reconnaître la forme de l'estomac qui se dessine au-dessous des muscles des parois abdominales. D'autres fois, l'organe se présente avec des changements de forme, des changements de position. Le pylore peut ne point occuper les régions auxquelles il correspond à l'état normal, et cette circonstance pathologique peut rendre difficile le diagnostic. Nous nous rappelons, il y a longues années de cela, pendant que nous étions interne des hôpitaux, qu'une femme se présenta à nous portant une tumeur à la partie antérieure et supérieure de l'épine iliaque, dans la fosse iliaque. Cette femme succomba ; et à l'autopsie on trouva une tumeur formée, dans le point que nous indiquons, par le pylore devenu squirrheux et occupant une position tout à fait anormale et fort éloignée de celle dans laquelle il siége d'ordinaire. L'estomac était énormément dilaté.

Lorsqu'au lieu d'occuper le pylore, l'affection squirrheuse intéresse le cardia, l'estomac se rétrécit, au contraire de ce qui

arrive dans le cas précédent, et l'on ne trouve plus à sa place qu'une poche très-étroite, à dimensions fort restreintes, qui a cinq ou six pouces de longueur sur trois ou quatre de largeur. La raison de ce rétrécissement est si simple, qu'il serait inutile de l'indiquer ; la difficulté avec laquelle les aliments pénètrent dans l'estomac, rend suffisamment compte de ce rétrécissement morbide. Dans cette forme, aucune tumeur n'est perceptible. Dans les cas de cette seconde espèce, il y a des phénomènes tout à fait particuliers. Les malades ne peuvent prendre qu'une très-petite quantité d'aliments, soit liquides, soit solides ; ces aliments ou ces boissons séjournent un instant dans l'œsophage, qui se distend alors à la manière du jabot de certains oiseaux. Peu à peu, et d'une manière insensible, les aliments passent de l'œsophage dans l'estomac. Dans des cas où la maladie est parvenue à un degré de gravité plus grand encore, les substances alimentaires sont quelquefois rejetées au dehors et ne passent point dans l'estomac ; elles sont rendues par les malades sans avoir subi le travail de digestion nécessaire à la nutrition de l'individu.

Nous avons dit que dans l'affection squirrheuse du cardia aucune tumeur ne peut être perçue par la palpation et l'exploration la plus minutieuse, et cela en raison de la position profonde du cardia, que protégent les côtes inférieures. La très-minime quantité d'aliments qui peut être admise dans l'estomac ne suffisant pas à la nutrition de l'individu et à l'action physiologique de l'organe, les diamètres de l'estomac diminuent, la capacité de même. Voilà les phénomènes caractéristiques et pathognomoniques de cette forme d'altération squirrheuse.

Il y en a encore une quatrième. Ici, il n'y a ni squirrhe du pylore ou du cardia, ni dégénérescence carcinomateuse générale de la portion des parois du ventricule comprise entre les deux orifices ; l'affection cancéreuse n'occupe qu'un petit nombre de points limités des parois de l'organe. Les symptômes d'après lesquels on croit pouvoir conclure à l'existence de cette lésion sont des aigreurs, des renvois acides et nauséabonds quelquefois, des hémorrhagies peu considérables. En un mot, des accidents auxquels on n'accorde d'abord qu'une très-faible attention, et qui augmentent peu à peu d'intensité, indiquent les altérations peu étendues d'abord et progressives de la maladie dont elles révèlent l'existence.

Un des premiers signes, et des plus importants, que l'on observe au début de la dégénérescence carcinomateuse de l'estomac, ce sont ces vomissements de liquide glaireux, muqueux, transparent, d'un goût simplement un peu salé, dont nous avons fait mention

au commencement de cet article, et qui ont été observés chez le malade dont nous vous entretenons. Au moment où ces vomissements commencent, à l'époque où ils se sont manifestés chez notre malade, il est probable que l'affection n'existe point encore d'une manière bien nette et bien tranchée. Elle ne doit être qu'en rudiment ; peut-être même n'y a-t-il rien encore : ce qui nous porterait assez à le croire, c'est que depuis quinze mois ces vomissements ont cessé. Mais ils indiquent peut-être une prédisposition, une condition particulière sous l'influence de laquelle se développera la maladie. En effet, il est rare que, parmi les individus qui présentent ces vomissements glaireux et muqueux, il n'y en ait pas au moins la moitié qui ne finissent par être affectés de cancer de l'estomac.

Les hémorrhagies de l'estomac sont de tous les signes ceux qui sont les plus significatifs ; une partie du sang exhalé passe toujours par le pylore et suit le tube digestif dans toute son étendue. Il subit alors le travail de digestion, dont le résultat est d'en changer la couleur et la consistance, et de donner aux matières stercorales cette couleur noire, analogue à celle de l'encre, qui effraie les malades, et que nous avons dit avoir été présentée par notre malade. Lorsqu'un individu a des vomissements de sang, d'une part, et que, de l'autre, les matières excrémentitielles sont colorées en noir par du sang altéré par le travail que lui fait subir l'intestin, le diagnostic est tellement évident que c'est à peine s'il peut rester le moindre doute. On conçoit dès lors tout le prix et l'importance que nous y attachons dans le diagnostic des affections cancéreuses.

Voulons-nous dire par là que toutes les fois qu'il y aura vomissement de sang, il y aura cancer de l'estomac? nullement. Vous trouvez, dans quelques cas rares il est vrai, des femmes qui, au lieu d'être réglées par les voies naturelles, sont périodiquement sujettes à des hématémèses supplémentaires de l'évacuation menstruelle normale. Dans des cas de cette nature, évidemment il y a trouble fonctionnel sympathique, sans que pour cela on doive en déduire la nécessité d'une lésion organique. Il arrive assez fréquemment que l'on rencontre des sujets qui de temps en temps ont des hématémèses sans lésion organique appréciable. Pour ne vous en citer qu'un exemple relatif à l'une de nos grandes célébrités nationales, Boïeldieu avait pendant vingt-cinq ans été sujet à des hémorrhagies de l'estomac. Il mourut phthisique, et l'on ne trouva rien dans l'estomac. Nous devons dire cependant que ces cas sont rares, et que le plus souvent les hématémèses sont liées à des affections organiques.

THÉRAPEUTIQUE. — 7. *Remarques pratiques sur quelques points du traitement des affections papuleuses et sur l'emploi, dans ces cas, d'une pommade créosotée.*

(Bulletin général de Thérapeutique, avril 1846.)

Notre intention, en traitant ici du lichen et du prurigo, n'est point de faire l'histoire de ces affections, pas même d'embrasser dans toute son étendue la thérapeutique que l'on doit opposer à ces maladies : cela se trouve partout. Nous nous proposons uniquement, dans cette note, d'indiquer un moyen qui, plus qu'aucun autre, nous a paru propre à mettre fin à ces affections quand elles sont devenues une sorte d'habitude morbide invétérée de l'appareil tégumentaire externe, et contre laquelle les moyens ordinairement employés se montrent impuissants.

Les auteurs modernes, par la distinction des lésions élémentaires qui constituent la classe importante des maladies cutanées, ont sans aucun doute servi la science ; et, en nous exprimant ainsi, nous ne pensons pas, avec M. Baumès et d'autres, que c'est là un simple progrès de l'histoire naturelle de la maladie, un simple perfectionnement apporté dans la description graphique d'un ordre donné de lésions pathologiques. Bien que dans la thérapeutique des maladies cutanées on soit loin d'avoir réalisé ce que semblait devoir promettre une notion plus complète de l'élément anatomique qui les constitue, il faut convenir cependant que depuis que les médecins sont en possession de cette notion importante, la thérapeutique de ces affections est devenue beaucoup plus rationnelle. Dans les cas mêmes où un traitement propre à faire disparaître le mal est encore à déterminer, nous savons au moins que les moyens autrefois employés, d'une manière banale, pour combattre les lésions les plus différentes, sont ou inefficaces ou dangereux. C'est là un progrès dont les censeurs aveugles de la médecine moderne ne veulent pas tenir compte, mais que nous avons le droit de proclamer hautement.

Que, partisan des idées doctrinales de Lorry, de MM. Gibert, Baumès, etc., on admette que dans presque toutes les maladies de la peau il y a une affection interne qui les commande et leur impose la forme sous laquelle elles se traduisent à l'observation ; ou que, n'admettant ces idées qu'avec une grande restriction, on fasse surtout consister la maladie dans le traumatisme cutané, toujours est-il qu'on ne peut s'empêcher de reconnaître qu'il y a une époque, dans un bon nombre de cas de ces maladies, où ce traumatisme, cette localisation morbide cutanée, se montre indépendant du jeu interne de la vie, et appelle surtout une médica-

tion topique pour disparaître. C'est principalement lorsqu'on étudie les affections de ce point de vue essentiellement pratique, que l'on conçoit l'utilité des classifications modernes qui prennent pour base fondamentale les lésions élémentaires qui constituent ces affections. On conçoit, en effet, que ce n'est point là uniquement de la médecine pittoresque, ainsi que l'a dit quelque part un antidermatologiste ; la forme spéciale par laquelle se traduit une affection donnée de l'appareil tégumentaire annonce une modalité spéciale dans les propriétés par lesquelles la vie locale se révèle : on conçoit dès lors que les modificateurs par lesquels on se propose de rappeler à son type normal la vie troublée dans ces tissus doivent varier comme la forme même de la maladie à laquelle ils s'appliquent. Il ne s'agit point ici de spécifiques, comme la vaccine, le mercure, le quinquina, le seigle ergoté, etc.; il s'agit seulement d'un traumatisme externe, auquel doit être opposée une sorte de chirurgie médicale.

Parmi les maladies cutanées auxquelles s'appliquent les réflexions qui précèdent, il faut sans aucun doute placer le prurigo et le lichen, qui forment l'ordre des affections papuleuses. Quand ces maladies se produisent sous la forme aiguë, il n'est point douteux, dans notre opinion, qu'elles ne se lient à un trouble du jeu interne de la vie : ce qui le prouve, c'est l'influence qu'exerce sur elles un changement profond dans le régime général des malades; ce qui le prouve encore, c'est le mode de traitement même qu'on leur oppose dans de pareilles conditions. Mais en est-il de même lorsque ces affections affectent une marche essentiellement chronique et semblent être devenues une sorte d'habitude morbide de l'organe qui en est le siége? Etudiez les individus qui se rangent dans cette catégorie, et quand le mal existera depuis longtemps, vous vous assurerez que les changements qu'apportent nécessairement, dans la constitution, l'âge et toutes les révolutions de la vie, n'exercent sur lui aucune influence. C'est qu'alors la maladie est devenue essentiellement locale, c'est que la maladie ne dépasse point les limites de l'organe dans lequel elle siége, c'est qu'elle n'a aucune racine dans les grands foyers de la vie : c'est un traumatisme anatomique pur, qui n'appelle qu'une simple médication topique.

Quand la maladie se présente dans cet état de simplicité, il n'existe aucune solidarité entre la localisation morbide que vous avez sous les yeux et les autres appareils de la vie. Il n'en est pas de même dans les conditions opposées. Bateman a remarqué que le lichen se montre souvent à l'état aigu chez des individus sujets à la céphalée ou à des douleurs gastralgiques, et que cette éruption

devient dans ces cas la crise de l'un et l'autre de ces accidents. Nous avons nous-même observé plusieurs cas de ce genre : il en est un surtout qui a vivement fixé notre attention, et que nous allons succinctement rapporter ici.

M. l'abbé Thilloy, âgé de trente-cinq ans, est sujet depuis longtemps déjà à des douleurs vives, qui se font sentir tantôt à l'estomac, tantôt à la tête. Pendant les dernières années qu'il passa au séminaire, ces douleurs se produisirent à des intervalles plus ou moins éloignés, et sans aucun autre accident concomitant. Plus tard, il devint sujet à un lichen simple de la face, qui durait sept à huit jours environ. Or, nous l'avons l'un et l'autre maintes fois observé : cette éruption devenait une véritable crise pour l'état de l'estomac, et affranchissait pour un temps plus ou moins long cet organe du trouble d'innervation auquel il était sujet. Cette solidarité fonctionnelle entre le principal organe de la digestion et la peau de la face une fois bien constatée, le traitement s'en déduisait naturellement. Quelque aiguë que se montrât l'éruption, comme dans aucun cas elle ne pouvait entraîner de conséquences funestes, et que, d'un autre côté, l'affranchissement de l'estomac se mesurait et sur l'intensité et sur la durée de l'affection critique, nous nous bornâmes constamment à une simple médication expectante. Nous avons perdu de vue depuis quelque temps ce malade : nous avons su seulement, par voie indirecte, qu'il était devenu sujet à des épistaxis abondantes, qui l'ont délivré de son éruption périodique ; mais nous ignorons si cette nouvelle servitude physiologique agit aussi favorablement sur la disposition gastralgique du malade.

Mais revenons aux affections papuleuses chroniques, qui sont l'objet essentiel de ce travail. Nous croyons, avec Biett, MM. Cazenave et Schedel, que l'on a singulièrement exagéré les tortures auxquelles le prurigo invétéré soumet les individus qui en sont atteints. L'impatience des hommes pour la souffrance, comme les exagérations poétiques de quelques dermophiles, ont contribué à fausser la didactique médicale sur ce point. Cependant il n'est pas très-rare de rencontrer des individus chez lesquels la maladie existant depuis longtemps, et incessamment aggravée par une diététique mal entendue ou des excès de diverses sortes, se présente avec tous les caractères d'une torture véritable. Il faut que la passion qui pousse l'homme à rechercher des sensations de plaisir soit bien puissante, pour qu'il s'efforce de se procurer celles-ci au prix d'aussi atroces douleurs. Voici un fait que nous avons eu dernièrement occasion d'observer, qui prouve la vérité de cette remarque, en même temps qu'il établit d'une manière

positive l'efficacité d'une médication exclusivement topique.

Le nommé Petit, âgé de cinquante ans, adonné depuis longues années à des excès alcooliques, est tourmenté depuis deux ans d'un prurigo qui, après avoir débuté par le cou, la partie supérieure et postérieure de la poitrine, a successivement envahi la presque totalité de l'enveloppe cutanée. Bien que son expérience lui ait maintes fois appris que chaque fois qu'il se livre à quelque excès extraordinaire il en est immédiatement puni par une exaspération de ses souffrances habituelles, Petit n'en continue pas moins ses libations bachiques. Le jour, les douleurs sont ordinairement moins vives que la nuit : dès qu'il est au lit, et que la réaction s'est établie, celles-ci se font sentir vives, continues. C'est en vain que le malade, dominé par la souffrance, se frotte ou se fait frotter les points les plus douloureux avec des brosses dures, du linge grossier, ou s'inonde de sang en se grattant avec une sorte de furie, il n'obtient, à l'aide de ces diverses manœuvres, qu'un calme passager : au bout de quelques instants, la douleur reparaît plus générale, plus vive, plus poignante encore. Le sommeil est impossible, Petit se tourne et se retourne incessamment, espérant toujours trouver une position meilleure, qui le fuit toujours. Dix fois il se jette en bas de son lit et se promène au milieu de sa chambre. Parfois il parvient à tempérer momentanément l'acuité de ses souffrances en lotionnant avec de l'eau froide les points de la peau où la sensibilité est le plus exaltée; mais bientôt la réaction qui suit lui fait payer chèrement le calme fugitif qu'il vient de se procurer à la faveur de ce moyen. Lorsque nous examinâmes le malade pour la première fois, nous trouvâmes la peau partout couverte de papules confluentes et parsemée de gouttelettes de sang desséché. Sur plusieurs points les papules se sont converties en véritables pustules rouges, enflammées. Après avoir recommandé au malade l'abstinence complète du vin et de l'eau-de-vie, nous lui pratiquâmes une saignée du bras abondante et proportionnée à la force de la constitution, et le mîmes à l'usage de boissons abondantes et d'une nourriture ténue. La saignée n'apporta aucun amendement à l'état du malade : la nuit qui suivit immédiatement ramena les tortures ordinaires ; comme les jours précédents, Petit ne goûta quelque temps de sommeil que vers les quatre ou cinq heures du matin. Nous crûmes devoir recourir dès lors à l'usage des opiacés : l'opium, employé à la dose de cinq centigrammes dans une pilule, engourdit un peu le système nerveux, de façon à produire un plus grand besoin de sommeil, plutôt que le sommeil lui-même ; on ajouta ainsi une nouvelle torture à celles des

démangeaisons affreuses dont la plus grande partie de l'enveloppe cutanée était le siége. C'est alors que nous crûmes devoir recourir aux préparations soufrées (sulfure de chaux délayé dans l'huile, *méthode Pihovel*,) : ce moyen, continué pendant huit ou dix jours, échoue complétement.

Autant qu'il est permis à un homme dominé par la passion abrutissante du vin de se commander à lui-même sur ce point, nous croyons l'avoir obtenu de Petit : cependant le mal résiste opiniâtrément à tout ce que nous lui opposons. Le long terme depuis lequel la maladie existe ne nous permet point de douter que le mal ne soit surtout local. Plein de cette conviction, nous nous décidons à recourir à une médication plus énergique du système cutané. Le malade est mis à l'usage d'une pommade composée d'axonge, trente-deux grammes, et créosote, un gramme. Tous les jours le malade se frictionne à l'aide de cette pommade les points de la peau où l'éruption a son plus haut degré d'intensité : il évite seulement les points où l'inflammation est la plus vive. Ces frictions sont exactement continuées pendant cinq ou six jours : la seconde nuit qui suit leur emploi est déjà beaucoup plus calme que les précédentes. Ce résultat est expliqué par l'amélioration remarquable survenue dans l'organe malade. Les papules sont moins saillantes, elles sont comme desséchées. Le malade y éprouve beaucoup moins de douleur ; la chaleur du lit, du feu, n'est plus l'occasion de ces souffrances atroces qui jetaient le malade dans une sorte de fureur. Enfin bientôt la peau se nettoie complétement. Petit recouvre le sommeil depuis si longtemps perdu : la maladie est complétement guérie.

Une chose qui m'a toujours frappé chez ce malade, c'est qu'au milieu des exacerbations les plus vives de ses souffrances, la fièvre proprement dite ne s'est jamais allumée : les fonctions digestives n'offraient d'autre trouble qu'une diminution d'appétit et peut-être un moindre besoin des stimulants énergiques dont depuis si longtemps le malade avait contracté la funeste habitude. Nous ne doutons pas que cet amendement dans les habitudes vicieuses du malade n'ait eu sa part dans la disparition du mal ; mais l'effet de la médication topique employée a été si rapide, qu'il nous semble impossible de ne point admettre que nous avons trouvé dans la créosote la modification allopathique la plus appropriée à la sensibilité morbide, au vice local qu'il s'agissait de faire disparaître.

Il est un principe qu'il ne faut jamais oublier quand il s'agit des maladies de la peau, qui, par le long temps depuis lequel elles durent, semblent être devenues une véritable habitude patholo-

gique : c'est qu'il en est un peu ici comme dans les maladies nerveuses, ce n'est bien souvent qu'en tâtonnant qu'on arrive au modificateur propre à rendre à l'organe malade sa vie normale. Nous sommes loin d'approuver en tout les idées théoriques parfois un peu excentriques de M. Baumès en pathologie cutanée. Il y a là cependant quelques données saines auxquelles nous nous plaisons à rendre justice, et qui révèlent le praticien qui a vu et bien vu. Voici un court passage de son livre, où il indique cette sorte de progression empirique qu'il faut suivre dans l'emploi des modificateurs locaux applicables aux affections papuleuses ; c'est le même principe exprimé sous une autre forme : « Après avoir calmé l'irritation, les démangeaisons par les moyens indiqués, dit-il ; après avoir employé les fumigations, les bains entiers, rendus plus ou moins adoucissants par l'amidon, la gélatine, les décoctions d'espèces émollientes, etc., il faut généralement commencer par les pommades camphrées, laudanisées, goudronnées, si la maladie cutanée offre encore de l'irritation ; puis avoir recours aux pommades soufrées, saturnisées, aux pommades avec diverses préparations mercurielles, presque toujours additionnées de camphre et même de laudanum ; aux pommades avec le sous-carbonate de potasse, de soude, etc., qui modifient quelquefois très-avantageusement ce genre d'éruption. On emploie d'abord les plus faibles, et on marche progressivement jusqu'à la plus forte.

Nous admettons, nous le répétons, la pratique que vient de formuler le savant médecin de Lyon ; mais nous entendons un peu autrement le principe sur lequel cette pratique se fonde. Dans cette série de moyens qu'il faut souvent employer pour arriver à la guérison d'une maladie invétérée, nous ne voyons pas seulement une progression plus ou moins habilement graduée dans l'énergie des modificateurs, nous y voyons encore un tâtonnement empirique qui conduit quelquefois au modificateur qu'appelle la sensibilité particulière, l'état organique spécial de la peau dans un cas donné.

C'est ce principe qui nous empêche de présenter le moyen dont nous signalons ici l'efficacité comme un moyen qui doit réussir dans tous les cas. La créosote et ses préparations ne développent pas plus ici des propriétés spécifiques que les sels alcalins ou les préparations soufrées. Ce n'est que quand l'eruption papuleuse est passée à l'état chronique que cette substance nous paraît modifier avantageusement l'enveloppe cutanée malade : elle nous paraît surtout agir comme une sorte de cautérisation lente, qui dessèche, momifie, si nous pouvons ainsi dire, la surface du tissu avec lequel elle est mise en contact.

Les préparations créosotées ne nous paraissent pas agir d'une autre façon dans le lichen que dans le prurigo. Les faits que nous avons observés, et dans lesquels nous avons vu ce topique agir favorablement, ne nous semblent pas au moins autoriser une autre explication. Qu'on nous permette de citer quelques faits de ce genre, qui justifient cette double assertion.

Le nommé Lemaître, âgé de soixante-dix-huit ans, d'une constitution forte, est soumis à une alimentation mauvaise, insuffisante. Manquant en même temps de linge, il croupit souvent dans une malpropreté repoussante. Sous l'influence de ces conditions, il a été atteint d'un lichen qui a surtout son siége à la partie postérieure du cou. Il y a cinq ou six mois que cet homme est atteint de cette éruption, qui lui cause des démangeaisons très-vives, et le prive même en partie de sommeil, lorsqu'il est soumis à notre observation. Les caractères de la maladie ne sauraient laisser aucun doute sur sa nature. L'éruption consiste essentiellement en papules fort petites, irrégulièrement agglomérées, qui présentent à l'œil une teinte un peu jaune, et donnent au toucher l'impression de saillies dures, dont la peau est parsemée. Quelques-unes ont une étendue plus considérable, sont plus rouges, et appartiennent plutôt au lichen urticatus. Nous soumettons immédiatement le malade à des frictions avec la pommade créosotée, dont nous avons indiqué plus haut la composition. En quelques jours, toute démangeaison a disparu, des écailles furfuracées se détachent des points malades, et la peau ne conserve plus qu'une sorte d'hypertrophie partielle.

Quelque temps après, un autre vieillard placé dans les mêmes conditions, et présentant la même éruption à la région cervicale postérieure, est soumis au même traitement, et on obtient rapidement le même bénéfice.

Poursuivant le cours de ces expériences, nous avons appliqué le même moyen chez une femme âgée de quatre-vingts ans, et chez laquelle la même éruption avait paru et disparu successivement un grand nombre de fois. La créosote agit encore dans cette circonstance avec une rapidité assez remarquable ; mais le mal s'est bientôt reproduit. Quoique nous ayons opposé deux fois à la maladie les frictions créosotées, l'éruption a encore reparu, et continue toujours de tourmenter la pauvre patiente.

Enfin, nous rappelant que le docteur Hiff avait, avant nous, employé la créosote dans le porrigo, nous voulûmes l'essayer dans un cas d'impetigo du cuir chevelu et dans un cas de *pithiriasis capitis ;* mais nous échouâmes complétement. Nous citons ces faits négatifs, pour que d'autres que nous ne tentent pas des

expériences qui probablement n'aboutiraient à aucun résultat favorable. Nous ajouterons même ici que le cas de pithiriasis dont nous venons de parler nous était offert par une dame de la société, qui ne nous sut pas un gré infini de l'avoir soumise sans succès à l'emploi d'un médicament dont l'odeur est quelque peu désagréable.

Tels sont les principaux faits qui nous ont semblé suffisamment caractérisés pour nous autoriser à recommander l'emploi de la créosote dans le traitement local des affections papuleuses invétérées. Cette médication, dans les cas où nous croyons devoir la préconiser, nous paraît se rattacher à la méthode substitutive ou altérante locale, dont les applications s'étendent chaque jour, au profit des malades et à l'honneur de la thérapeutique qu'une doctrine étroite et fausse a trop longtemps immobilisée.

---

8. *Quelques principes thérapeutiques à propos du musc et de l'ataxie;* par M. A. Dauvergne, D. M. P., médecin de l'hôpital de Manosque (Basses-Alpes).

(Bulletin général de Thérapeutique, mai 1846.)

On cherche tous les jours en médecine des remèdes nouveaux, et le plus souvent, lorsque le remède est trouvé, on n'est pas plus avancé qu'auparavant. Pourquoi donc cela ? C'est que notre économie malade est modifiée par diverses actions et réactions physiologiques plus ou moins perverties, exaltées ou diminuées. Aussi, outre le remède approprié au phénomène prédominant, faut-il un concours de moyens qui non-seulement prêtent aide pour détruire ce phénomène primordial, mais agissent encore sur ces manifestations physiologiques dont l'activité ou l'inertie peuvent enrayer l'action médicamenteuse. En effet, les agents vitaux sont d'ordinaire, pour ne pas dire toujours, les premiers affectés dans l'état physiologique, et lorsque, par suite, la trame organique s'est évidemment rompue, ce sont eux encore qui traduisent le désordre organique; tandis que c'est sur eux seuls aussi, véritables éléments du foyer de la vie, que nos moyens thérapeutiques agissent, puisque c'est encore uniquement par eux que l'on peut attendre la résolution d'une altération de tissus, impropres que sont ceux-ci à une action autre que celle qui leur est communiquée par les fluides et les liquides qui les meuvent, les excitent, les alimentent. Aussi la médecine, pour arriver à une perfection réelle et utile, doit s'attacher plus à la médication qu'au remède ; car le meilleur remède échouera s'il ne trouve pas l'économie préparée à le recevoir, s'il n'est pas donné au

moment opportun, à la dose convenable et aussi longtemps qu'il est nécessaire, s'il est administré sur un tempérament réfractaire ou dans une constitution médicale qui le repousse. La saignée, par exemple, ne guérit pas plus la pleurésie que la pneumonie, que l'encéphalite, que le rhumatisme ; elle s'adresse à un élément pathogénique, analogue dans chacune de ces maladies. Elle écarte les embarras que la maladie a apportés aux mouvements physiologiques, et l'affection locale ne se résout que lorsque la liberté d'action a été rendue à ces jeux organiques momentanément troublés et enrayés.

C'est donc à un élément phlogistique du sang, capable d'engendrer et d'entretenir diverses affections organiques, que s'adresse la saignée, et non pas à l'altération des tissus elle-même. Cela est si vrai, que telle pneumonie plus étendue, arrivée à un plus haut degré d'altération parenchymateuse, ne réclamera que deux ou trois saignées, et telle autre qui occupera moins d'espace dans le tissu pulmonaire, qui n'aura pas atteint le même degré d'inflammation, en exigera dix ou douze.

Les véritables difficultés de la médecine pratique consisteront donc toujours, non pas à connaître le remède, mais la médication, c'est-à-dire les adjuvants dont il faudra l'entourer, quand, comment, combien de fois il faudra en faire usage, et cela avec la connaissance la plus exacte possible des changements immédiats et toujours individuels que ces agents médicinaux produisent sur les phénomènes physiologiques de l'économie animale. Voilà pourquoi la médecine numérique n'a rien pu produire en thérapeutique ! Voilà comment il ne sera jamais possible de formuler d'avance un traitement, quand même on parviendrait à définir et à délimiter exactement l'altération de la trame organique ! Voilà encore pourquoi la médecine sera toujours, à la fois et en même temps, une science et un art : une science, par des principes vrais et définis, pouvant être connus de tous ; et un art, parce qu'il existe entre ces faits définis et limités des phénomènes immatériels comme la vie qui les produit. C'est donc au jugement seul à les apprécier à leur valeur : or, cette appréciation résultant de la manière d'envisager les actions physiologiques, les réactions fonctionnelles, le trouble qu'y apporte la maladie, la puissance qu'a conservée telle ou telle force vitale sera toujours saisie et jugée diversement.

On a beaucoup blâmé les systèmes en médecine, et cependant jusqu'ici nous ne sommes sortis de l'un que pour tomber dans un autre ; et, chose étonnante, tous ont laissé quelque enseignement utile, chaque fois mis au jour par les erreurs extrêmes de

son exclusivisme, qui alors seulement montraient le côté vrai du système précédent, ou faisaient naître le besoin d'en adopter un autre tout opposé. C'est ainsi que se sont succédé, comme par nécessité, l'humorisme, l'iatrochimie, l'iatromécanique, le solidisme, etc. De nos jours, ce dernier a tout envahi, et on ne l'a pareillement reconnu que lorsqu'il est parvenu à ses derniers termes, parce que c'est alors seulement qu'on a pu remarquer les lacunes qu'il laissait.

Toutefois, des prétentions exclusives de chacun de ces systèmes il ressort une vérité qui doit porter ses fruits pour l'avenir : c'est qu'aucun en particulier ne peut satisfaire les exigences de la science, et que tous renferment des éléments précieux qu'il ne s'agirait que de bien comprendre et de bien coordonner. Pour moi, je crois que le moment n'est pas très-éloigné où l'on pourra se rendre compte de la part que nos éléments vitaux et nos organes prennent aux altérations pathologiques, et que l'altération des uns est primitive, et celle des autres secondaire, et toujours dépendante de la première.

En effet, les éléments vitaux, qu'on les appelle fluides ou liquides, régissent toute notre économie dans laquelle ils entretiennent l'excitabilité et la vie. Ils arrivent, pénètrent, modifient tous nos tissus, tous nos organes, qui s'atrophient et s'hypertrophient, suivant que l'excitabilité y est augmentée ou diminuée, qu'elle y appelle plus ou moins de liquides régénérateurs, ou que ces liquides eux-mêmes, altérés dans leur constitution, ont en excès ou manquent de certains principes. C'est enfin à ces éléments vitaux, agents immédiats de la sensibilité et de la nutrition, que s'adressent nos moyens thérapeutiques, soit en déplaçant ces fluides, en excitant leur action ou l'atténuant ; soit en diminuant la force, la tonicité, la plasticité de ces liquides, ou en leur rendant les principes qu'ils ont perdus. Mais toujours ce n'est qu'en modifiant ces éléments vitaux et régénérateurs par où la vie s'effectue et s'entretient, que nous obtenons la cessation de la douleur et du spasme, que nous réveillons une absorption éteinte, ou que par leur intermède nous ranimons la fibre engourdie ou paralysée, la nutrition entravée, etc.

J'admets donc que le hasard et rarement l'induction pourront fournir des remèdes ; mais il appartiendra toujours à la science de produire et surtout de perfectionner les médications dans lesquelles tôt ou tard chaque remède viendra se ranger avec son degré d'efficacité propre. En y réfléchissant un peu, nous devons déjà voir que la science est plus avancée à ce sujet qu'on ne pourrait le croire ; que l'opium, la belladone, le camphre, le musc,

la valériane, agissent sur les fonctions du système nerveux en modifiant peut-être le fluide vital qui y circule; que la saignée, les bains, les délayants détruisent la pléthore, calment la phlogose en soustrayant des matériaux à ce liquide ; que les alcalins, le mercure, atténuent le sang, dissolvent ses globules, sa fibrine et son albumine, et agissent par contre-coup sur diverses sécrétions, sur divers modes de nutrition et de travail organo-pathologique. Enfin, il est évident que le fer restitue au sang ses éléments, notamment, ainsi que je le prouverai dans un autre travail, sa fibrine et ses globules ; tandis que le tanin et les acides retiennent et concentrent son albumine que l'alimentation reproduit, comme elle le fait aussi pour la fibrine et les globules. Avec de telles idées, l'économie est embrassée d'un seul coup d'œil, et la thérapeutique marche sur un terrain plat, ferme et plus assuré. L'action pathogénique n'est pas plus mystérieuse que la cessation de la douleur, celle du spasme, que la résorption d'un engorgement, que la résolution d'une pneumonie, etc. Les réactions du fluide nerveux sur le sang et de celui-ci sur le fluide nerveux, dont l'observation pratique témoigne chaque jour, sont confirmées encore par le retour d'une bonne nutrition, de sécrétions faciles, lorsque la douleur ou le spasme ont cessé. Pareillement, la fin d'une gastralgie, d'une céphalalgie, lorsque le sang a retrouvé les globules et la fibrine dont il manquait, achève la démonstration.

Cette corrélation entre l'état du sang et celui du système de l'innervation est encore manifestée par l'ataxie. En effet, ce trouble dans l'excitabilité nerveuse, ces désordres dans les fonctions du cerveau et des nerfs, se montrent souvent, pour ne pas dire toujours, dans les maladies où le sang a subi une altération essentielle : c'est ainsi qu'on les voit le plus ordinairement dans les fièvres typhoïdes ; et lorsqu'ils surviennent dans les pneumonies, c'est que ces maladies, dès leur début, ont présenté quelque chose d'étrange, d'irrégulier, d'indécis, de grave, non pas tant par les désordres inflammatoires locaux que par les troubles fonctionnels qui semblent atteindre de prime abord la vie dans ses sources premières.

L'ataxie que nous avons observée dans la fièvre typhoïde n'est pas une individualité morbide, puisqu'elle survient dans diverses maladies ; qu'elle n'arrive jamais seule, mais s'ajoute, se superpose sur diverses affections. C'est une perversion dans les lois physiologiques qui gouvernent le grand arbre encéphalo-rachidien, et qui trouble, arrête même toutes les tendances vitales réactionnelles dont l'organisme avait besoin pour lutter contre

l'influence pathologique. C'est enfin une altération essentielle des fonctions nerveuses, engendrée au milieu de certains états morbides, et surtout par l'influence de quelques dispositions climatériques et météorologiques. Ces états atmosphériques agissent, en effet, non sur des organes, mais sur leurs moteurs, sur les principes primordiaux de la vie qui leur portent la sensibilité. Il est donc facile de comprendre la gravité de l'ataxie, soit qu'elle trouble l'harmonie fonctionnelle sans laquelle la vie ne peut se soutenir longtemps, soit encore qu'elle éclate avec toutes ses perversions au milieu ou à la fin d'une maladie, lorsque l'organisme est épuisé de luttes réactionnelles.

L'ataxie est donc un phénomène pathologique surajouté, mais d'autant plus dangereux qu'il réside même dans un des éléments vitaux si nécessaires à l'accomplissement des actions et réactions physiologiques. Et puisque c'est un phénomène pathologique surajouté, il doit survenir au milieu de conditions morbides différentes; d'où il résulte diverses difficultés thérapeutiques qui doivent pareillement modifier la médication.

Je m'explique : l'ataxie est un trouble nerveux capable d'enrayer toutes les fonctions organiques, amené peut-être par les mêmes influences ou la même altération dans le sang, pouvant naître spontanément avec la maladie dont les premiers phénomènes masquent ou contrebalancent l'action, obligée qu'elle est de subir, comme tout ce qui tient à la vie, des modifications par la puissance physiologique différente de chaque individu. Or, alors, quoique cette ataxie soit la même quant à sa nature propre, elle ne se montrera ni identique, ni aussi intense; ni elle ne sera attaquable au même moment, au milieu des mêmes moyens, entre les mêmes adjuvants thérapeutiques. C'est donc là encore une médication, puisque le musc ne saurait avoir un résultat heureux qu'autant qu'on l'aura entouré des exigences que les circonstances réclament. L'observation suivante fera bien comprendre cette vérité.

Le 26 mars 1844, je fus appelé par M. l'abbé ***, qui avait éprouvé dans la nuit de la fièvre et de la toux, à la suite d'une promenade après midi, pendant une de ces brûlantes journées du printemps de Provence, qui amène chaque année tant de bronchites inflammatoires, de pleurésies et de pneumonies. D'ailleurs, en rentrant de sa promenade, M. l'abbé *** était allé à l'église où il était resté assez longtemps. Or, depuis deux ans, la constitution météorologique était changée : nos hivers n'étaient pas froids, mais pluvieux et venteux, nos printemps très-variables, et l'été humide au commencement, peu chaud à la fin;

tandis que l'automne redevenait encore pluvieux avec quelques journées brûlantes comme dans le printemps. Aussi régna-t-il pendant ces deux années, dans toute la contrée, nombre de fièvres typhoïdes parmi lesquelles l'ataxie s'est montrée bien souvent. Ce fut au milieu de ces circonstances que fut atteint M. l'abbé ***, la nuit de la journée de la promenade ; cependant il se leva, parce que le sentiment de sa propre situation était déjà obscurci. En effet, il ne put sortir, s'affaissa sur son canapé où je le trouvai comme anéanti, laissant tomber ses membres par leur propre poids. Il se plaignait d'une douleur de tête violente; il avait la figure altérée, et l'intelligence comme voilée, car il comprenait peu la portée de mes questions, et refusait de se mettre au lit, malgré une fièvre très-forte qui s'était déjà manifestée. Le pouls était, en effet, large, plein, très-développé et très-fréquent. J'ordonnai donc qu'on le couchât, qu'on le mît à l'usage d'une tisane balsamique émolliente, et la diète absolue. Le soir, cet état de choses n'ayant pas changé, et se plaignant, en outre, d'une légère douleur au côté droit, je pratiquai une saignée d'au moins 360 grammes. Le lendemain 27, la toux amena quelques crachats sanguinolents, et le râle crépitant fut manifeste, tandis qu'il ne se plaignait presque plus de la douleur pleurétique. Nouvelle saignée répétée le soir, couenne toujours plus prononcée ; mais comme pendant l'évacuation il y avait menace de lipothymie, et que déjà le trouble de l'intelligence me faisait craindre l'ataxie, je bornai les saignées à 250 grammes, décidé à les renouveler aussi souvent que l'indication l'exigerait.

Dans la nuit, parfois subdelirium ; mais le matin du septième jour, léger relâche dans l'ardeur de la fièvre : les réponses même étaient un peu plus nettes, moins embarrassées ; mais la langue était large, recouverte d'un enduit blanc-jaunâtre, et des nausées assez fréquentes avaient amené quelques gorgées d'une bile très-colorée qui teignait fortement les parois d'une cuvette. J'ordonnai alors 10 centigrammes de tartre stibié en lavage pour débarrasser les premières voies, me réservant de saigner pour la quatrième fois à midi, si les phénomènes inflammatoires augmentaient. Mais après cet émétique, qui amena plusieurs vomissements d'une couleur verte très-foncée, le pouls fut plus souple, moins développé, la peau moins chaude, et le sentiment propre du malade paraissait meilleur.

Cependant, comme le soir le pouls était encore de cent vingt à cent vingt-cinq, comme les crachats étaient toujours fortement teints de sang, et qu'il m'est d'observation particulière que

dans nos climats il faut poursuivre constamment et *sans relâche* la pneumonie par une médication antiphlogistique soutenue ; qu'il ne faut pas se fier à une détente des symptômes qui survient à la suite des premiers effets des saignées pour se réveiller de plus belle quand l'organisme semble habitué à ces évacuations, je saignai de nouveau, et le sang fut, comme d'ordinaire, couvert d'une couche de couenne de 2 centimètres d'épaisseur.

Les quatrième, cinquième, sixième, septième, huitième et neuvième jours se passèrent tous dans le même état. Fièvre ardente, pouls extrêmement large et fréquent, peau brûlante, parfois halitueuse, surtout après la saignée ; respiration fréquente, mais nullement anxieuse ; crachats toujours sanguinolents, puis rouillés, et au septième jour muqueux seulement ; matité bien prononcée en bas et en arrière, absence de tout bruit respiratoire, tandis que sous l'omoplate on entendait encore du râle crépitant ou du râle muqueux. Cependant, dans toutes ces phases morbides l'intelligence était toujours voilée ; parfois survenait un léger délire, et le malade cherchait à sauter du lit pour aller, disait-il, prendre sa soutane et aller dire sa messe. De loin en loin on sentait pareillement quelques soubresauts dans les tendons.

Pour moi, il n'y avait pas de doute, la pneumonie marchait de front avec l'ataxie qui était d'ailleurs née en même temps que la maladie; seulement elle se prononçait toujours davantage à mesure que la force du sang était diminuée par les évacuations sanguines. Mais quel parti prendre? Le pouls, la coloration de la face, l'inflammation parenchymateuse, l'état du sang, indiquaient la saignée.

Il existait cependant une circonstance que déjà j'ai rencontrée dans quelques maladies graves et qui d'ordinaire se sont terminées par la mort, que j'attribue aujourd'hui à une ataxie latente ou cachée sous les phénomènes inflammatoires dont elle enrayait sourdement les réactions, et dont je n'ai trouvé le remède qu'en évitant l'écueil que cet antagonisme présente, c'est-à-dire en ne faisant que des saignées répétées, mais peu abondantes. Eh bien ! cette circonstance aggravante se faisait ici plus évidemment peut-être que chez tout autre malade : c'était l'effet perturbateur de la saignée sur le cerveau, car à chaque saignée il y avait menace de défaillance ; et cependant cet effet n'était nullement sensible au pouls qui conservait, après comme avant, sa plénitude et son énergie. On verra plus tard combien je dus m'applaudir de cette pratique, calquée d'ailleurs sur la nature du mal.

Du diagnostic différentiel des spasmes idiopathiques.

Les affections avec lesquelles les rétractions spasmodiques peuvent être confondues sont de plusieurs espèces : presque toutes ont une plus grande gravité et réclament des soins plus actifs ; il est donc utile d'arriver à les reconnaître. Nous les comparerons successivement à diverses affections des centres nerveux et de leurs enveloppes, au tétanos traumatique et spontané, à certaines rétractions épileptiques, à certaines affections saturnines dans leur principe, à la crampe simple, à la contracture chronique, et enfin à la fièvre pernicieuse tétanique.

Si nous voulions suivre dans cet examen une marche dichotomique, nous commencerions par diviser en deux séries les affections des centres nerveux, celles qui peuvent s'accompagner de perte de connaissance ou de délire, et celles qui n'empêchent et ne pervertissent jamais l'exercice de l'intelligence. Les premières seraient par cela seul placées en dehors de notre étude. Chez tous nos malades, en effet, l'intelligence est restée nette.

Cette absence de trouble cérébral ne permet pas de confondre avec la rétraction spasmodique la méningite cérébrale, qui, chez les jeunes enfants, aurait pu, au commencement de la deuxième période, être difficile à en distinguer. Dans les deux cas, on peut avoir observé des vomissements, la fièvre due à une autre affection, une entérite, par exemple, puis la lenteur du pouls et des contractures partielles, quelquefois mobiles encore à cette période, où il ne s'est point encore opéré de désorganisation profonde ; mais la somnolence, l'irrégularité du pouls, si remarquable qu'elle nous a suffi quelquefois pour diagnostiquer la méningite, et le délire facile à reconnaître, même chez les jeunes enfants, suffiraient pour distinguer l'une de l'autre les deux affections. Joignons-y les cris hydrencéphaliques, les réveils en sursaut, les bouffées de rougeur vers la face, les irrégularités de la respiration, l'inégalité des pupilles, le strabisme très-rare dans le spasme, et il restera peu de chances d'erreur.

Dans les cas difficiles, et il en est, où l'intelligence semble persister quoiqu'il se soit produit déjà des phénomènes convulsifs, on trouverait les éléments du diagnostic dans un symptôme sur lequel M. le professeur Trousseau insiste depuis quelque temps dans ses cliniques, quoiqu'il appelle lui-même une plus longue expérience pour en apprécier la valeur. Lorsqu'on passe à deux reprises différentes, et même une seule fois, la pulpe du pouce sur un point de la peau chez un enfant affecté de méningite, en opérant un frottement modéré, il se produit une macule d'un

rose intense, limitée à l'étendue de la peau touchée par le doigt, et nettement tranchée sur les parties voisines. Cette rougeur, qui paraît quelquefois graduellement, persiste pendant un temps assez long. Elle est remarquable surtout à la joue, à la poitrine, au ventre et aux cuisses. Elle ne se produit pas habituellement chez les enfants affectés de toute autre lésion que la méningite, ou bien elle est fugitive et paraît plus difficilement. Enfin, elle est assez significative et assez constante pour que nous ne l'ayons jamais vue manquer, et pour que seule elle ait pu nous faire justement affirmer l'existence de méningites que nous n'aurions pu sans elle diagnostiquer.

L'encéphalite partielle sera facilement reconnue à la nature de la cause, si elle est externe, aux troubles de l'intelligence, à la durée plus grande des phénomènes d'invasion (fourmillements, picotements dans les membres), à la continuité de la contracture, à la marche progressive, exacerbante des phénomènes convulsifs.

La céphalalgie ancienne s'accompagnant de vomissements, des convulsions cloniques revenant à intervalles plus ou moins éloignés, la chronicité de la contracture lorsqu'elle se produit, la constitution générale de l'individu, établiront une distinction facile entre les tubercules cérébraux et le spasme idiopathique.

Les affections de la moelle nous offriront plus de difficultés. Les congestions rachidiennes présentent, en effet, quelques rapports avec nos observations de paralysie ; mais jamais elles ne ressemblent à la forme contracture. Elles diffèrent de la paralysie essentielle en ce que jamais elles ne sont unies par intervalles à la contracture, en ce qu'elles frappent à la fois les deux côtés du corps, en ce que jamais les bras ne sont atteints sans que les jambes le soient en même temps ; enfin, en ce qu'elles se terminent soit par la guérison, qui ne se produit qu'au bout de plusieurs mois de maladie, soit, le plus souvent, par la mort.

L'hématorachis produit quelquefois des secousses convulsives ; mais ces secousses sont générales et ne présentent pas la forme tonique rémittente.

La méningite rachidienne sera facilement reconnue, en ce que presque jamais elle n'existe seule, et que la méningite cérébrale avec tous ses caractères la complique dix-huit fois sur vingt (Parent-Duchâtelet, Martinet, Ollivier, Calmeil). D'ailleurs, la douleur vertébrale continue, le renversement de la tête en arrière, la roideur du tronc, suffiraient pour établir le diagnostic.

La myélite qui s'accompagne de contracture a été précédée d'une insensibilité plus ou moins complète portant sur une grande

manque de tonicité du sang, je conseillai en même temps, dans l'intervalle des pilules, un peu de bouillon et du vin de Malaga mitigé avec de l'eau. Eh bien! après les dix pilules, le délire qui avait diminué progressivement cessa tout à fait, la figure exprima du calme et de la sérénité, le pouls s'éleva un peu, la moiteur de la peau reparut, et la convalescence, que j'avais espérée et presque compromise, commença dès ce moment pour ne plus se démentir, car M. l'abbé *** a joui depuis de la meilleure santé.

De cette observation il découle, à mon sens, de nombreux et importants enseignements : d'abord, que l'ataxie peut compliquer de prime abord une pneumonie, qu'elle marche avec elle, se modifie suivant les phases du mal et les influences thérapeuthiques ; ensuite, que si une dose légère de musc est suffisante alors que l'ataxie est encore contrebalancée par les phénomènes inflammatoires réactionnels, ce qui sanctionne toujours ce principe si vieux et si vrai, *sanguis moderator nervorum*, elle devient impuissante lorsque l'ataxie domine tout l'organisme et qu'elle est souveraine maîtresse du champ pathologique.

Cette observation, jointe à d'autres que les limites d'un article de journal m'empêchent de reproduire ici, me témoigne encore que l'ataxie qui se développe pendant la période inflammatoire cède, mais ne disparaît pas complétement sous l'influence du musc ; qu'en conséquence, dans cet état de choses, il est prudent d'en continuer l'usage jusqu'à ce que toute crainte ait disparu à cet égard.

Elle indique encore que lorsque l'ataxie est parvenue à son plus haut degré d'intensité, où elle n'arrive que lorsque les phénomènes réactionnels de la circulation ont cessé ou se sont arrêtés, l'action du musc est favorablement secondée par de légers toniques et restaurants appropriés à la sensibilité et à la faiblesse du sujet. Et cela, afin que, tandis que le musc agit sur les fonctions de l'innervation, les toniques agissent aussi sur le sang qui à son tour a une réaction sur les fonctions vitales des organes encéphalo-rachidiens.

J'ajouterai encore que, l'action du musc me paraissant tenir essentiellement à ses propriétés odorantes, plus ce médicament sera divisé, plus ses propriétés seront énergiques ou promptes ; que toujours, excepté dans l'observation que je viens de produire, 10, 15 centigrammes dans une potion m'ont suffi pour atténuer ou détruire les phénomènes ataxiques, tant dans les fièvres typhoïdes que dans la pneumonie, ou certaines convulsions.

Mais, dira-t-on, vous avez continué cette potion quelquefois

plusieurs jours, et vous ne pouvez savoir si une dose plus forte ne vous eût pas débarrassé tout à coup de l'ataxie ; ce qui eût été bien préférable, puisque c'était réellement simplifier la maladie que de détruire du premier coup un élément pathologique si compromettant.

C'est fort juste ! mais malheureusement la puissance du remède ne va pas jusque-là. L'ataxie elle-même, qui cède complétement et pour toujours à une faible dose de musc chez quelques malades, ne cesse que momentanément dans le cours d'une maladie, lorsque d'autres éléments pathologiques subsistent encore et qu'ils sont capables de la reproduire. Ainsi, la prétention de juguler l'ataxie ne sera vraie, et l'on n'y parviendra d'emblée, que lorsqu'elle sera le dernier et le seul élément morbide, comme il est arrivé à la fin de la maladie de M. l'abbé ***, si conforme, sous ce rapport, aux observations déjà publiées par MM. Récamier et Trousseau.

---

9. *Recherches sur l'action physiologique et thérapeutique du sulfate de quinine à haute dose dans la fièvre typhoïde;* par M. le docteur Paul Boucher, de la Ville-Jossy, ancien interne et lauréat des hôpitaux.

(Suite et fin : *voir* t. V, mai 1846, p. 57.)

(Gazette médicale de Paris, N° 17, 1846.)

II. *Action thérapeutique du sulfate de quinine dans la fièvre typhoïde.* Si maintenant nous voulons apprécier l'effet médicateur du sel de quinine dans la fièvre typhoïde, la question nous paraît encore plus difficile à résoudre que la précédente. Dans cette dernière, où il ne s'agissait que de constater des faits et de signaler les conditions dans lesquelles ils étaient observés, nous voyons des observations en contradiction. Que sera-ce donc ici, où s'ouvre le champ des hypothèses sur la marche et l'appréciation de la maladie ? Cette question semble déjà jugée, car dès la découverte du quinquina, on songea à l'employer dans les fièvres continues, et l'on n'eut pas plus tôt reconnu sa spécificité contre les fièvres intermittentes, qu'on voulut avoir trouvé un moyen de guérir tous les maux ; mais cette espérance ne dura pas longtemps, et le médicament ne tarda pas à tomber en discrédit, au moins pour le traitement des fièvres graves. Lorsque le système de Brown, à la fin du siècle dernier, vint apporter des idées nouvelles dans les théories médicales, le règne du quinquina sembla renaître ; mais alors le quinquina employé en poudre renfermait, outre les sels fébrifuges, du tanin, du ligneux, etc., conditions

qui rendaient son action complexe et qui s'opposaient à l'administration à haute dose du principe fébrifuge : aussi fut-il abandonné après avoir été prôné outre mesure dans le traitement des fièvres nerveuses, ataxiques, putrides et adynamiques ; et aujourd'hui il n'est employé que comme tonique dans la convalescence des fièvres graves, et encore seulement par les praticiens qui ne sont pas arrêtés par l'inflammation qui existe alors dans les intestins. Depuis les travaux de MM. Pelletier et Caventou, et leur découverte de l'alcali antipériodique du quinquina, découverte précieuse qui permet de porter le principe fébrifuge à des doses bien plus élevées relativement que le quinquina et dans des conditions différentes, les sels de quinine n'avaient pas été employés dans les fièvres continues avant 1840. En effet, beaucoup de praticiens pensaient alors et pensent encore aujourd'hui qu'une des causes qui s'opposent le plus aux progrès de la thérapeutique, c'est que sitôt qu'il y a un fait avéré, on n'a rien de plus pressé que de le révoquer en doute. Suivant eux, un des faits les mieux constatés est que les maladies à types continus ne sont pas influencées par le sulfate de quinine ; et, s'appuyant de l'opinion de Stoll, ils condamnent l'emploi du sel de quinine dans la fièvre typhoïde. Cependant on peut, avec Torti, soutenir que le sulfate de quinine est utile dans les fièvres continues et qu'on en peut tirer de grands avantages, non pas contre la fièvre elle-même, mais seulement comme moyen de combattre certains accidents ou certains symptômes qui accompagnent ou compliquent cette fièvre. M. le professeur Piorry pense que le sulfate de quinine peut être utile dans le traitement des fièvres typhoïdes, lorsqu'elles s'accompagnent de complications, et surtout lorsque l'affection se complique d'une augmentation de volume de la rate : « J'ai toujours, dit-il, obtenu de l'emploi du sulfate de quinine une amélioration prononcée et proportionnelle à la diminution de ce viscère, quoique, ajoute-t-il, les symptômes tenant aux lésions intestinales persistassent. » Mais tout en admettant cette opinion, qui peut être considérée comme une conséquence de ce que nous allons dire, ne faut-il pas tenir compte d'une loi de thérapeutique générale, à savoir que ces constitutions médicales ont une influence immense sur le mode d'action des médicaments. On peut légitimement considérer les substances médicamenteuses, quand elles sont appliquées au corps de l'homme, comme des agents morbifiques assimilables à ceux qui nous assiégent communément. Un homme, dans une certaine constitution épidémique, est exposé à l'intempérie de l'air ; il contracte une pneumonie, plus tard un rhumatisme articulaire, ailleurs

une pleurésie, dans d'autres cas une dyssenterie. La même cause ici a déterminé une fluxion inflammatoire sur des organes différents. Ce fait s'offre si souvent à l'observation qu'il ne saurait être controversé. On n'a rien changé dans la cause; elle était identique à elle-même : comment n'a-t-elle pas produit les mêmes effets? C'est que dans l'action d'une cause, il y a deux choses également importantes à considérer : d'abord la nature de la cause qui reste toujours semblable à elle-même et ne varie que d'intensité, et le support de la cause, savoir, l'économie à laquelle elle s'applique, qui varie à l'infini, et qui réagit en vertu de l'idiosyncrasie d'abord, et aussi en vertu d'une disposition accidentelle qui, à elle toute seule, exerce une immense influence. C'est cette disposition accidentelle qui, départie à un grand nombre d'individus dans un même temps et dans une même localité, prend le nom de constitution épidémique, et qui est à la masse ce que l'idiosyncrasie est à l'individu. Eh bien! dans les mois de janvier et février 1843, à l'hôpital Saint-Antoine, plusieurs fièvres typhoïdes graves ont été guéries par le sulfate de quinine, dans le service de M. Kapeler, et nous avons observé plusieurs affections inflammatoires compliquées d'accidents intermittents, combattus avec avantage par le sulfate de quinine, et un cas de fièvre pernicieuse chez une femme nourrice, guérie par le sulfate de quinine à haute dose bien supporté. Je signale ces circonstances pour ne négliger aucun des éléments de la question; mais tout en tenant compte de ces faits, est-ce là la seule cause des succés obtenus par M. Kapeler? Je ne le pense pas. Le sulfate de quinine à la dose à laquelle il a été porté n'est pas seulement un antipériodique. Ne peut-on pas penser avec juste raison que la modification si sensible qu'il apporte dans toute l'économie ait une influence favorable sur la marche de la maladie? Quelques-uns des faits que j'ai observés tendraient à le faire croire. Plusieurs de nos malades ont vu la céphalalgie s'amender, la stupeur diminuer, et survenir en peu de temps un état qu'on aurait pu considérer comme une convalescence précoce. Dans trois cas, nous avons cru le danger conjuré; mais, vain espoir, les accidents reprirent leur intensité à diverses époques, et les malades succombèrent au vingt-cinquième, trentième et même quarantième jour de la maladie, malgré l'emploi bien indiqué des toniques et des révulsifs. Un jeune homme de 17 ans a succombé à une fièvre typhoïde ataxique le dix-huitième jour de la maladie, après avoir offert une amélioration sensible, puis des douleurs dans les muscles thoraciques, et qui périt dans un accès épileptiforme. Un autre jeune homme de 18 ans mou-

rut le vingt-quatrième jour de la maladie, et le cinquième de son entrée à l'hôpital. Une femme nourrice vint mourir dans notre service le seixième jour de la maladie et dans les trente premières heures de son séjour à l'hôpital, n'ayant pris qu'un gramme 50 centigrammes du sel quinique ; on peut éliminer ce cas. Les morts que nous avons eues se bornent donc à six ou plutôt à cinq sur vingt-trois. Dans les autres cas très-graves que nous avons observés, au nombre de sept, le sulfate de quinine fut donné trois fois seul avec des boissons tempérantes : l'amélioration a été rapide ; mais la convalescence définitive lente : chez les quatre autres, les vésicatoires et les toniques furent employés en même temps que le sulfate de quinine ou après qu'on en suspendit l'administration. Dans les deux autres cas moins graves, quelques-uns avaient été saignés une ou deux fois avant leur entrée à l'hôpital. Deux avaient eu des épistaxis copieuses, pouvant être évaluées à trois ou quatre palettes de sang. Chez aucun de nos malades, nous n'avons été à même de constater que la lésion intestinale de la fièvre typhoïde eût été modifiée. Toutes nos autopsies sont venues justifier le diagnostic, et toutes ont offert les diverses lésions mésentéro-intestinales comme on devait le supposer, d'après l'époque de la maladie où était survenue la mort, et pendant la convalescence, la susceptibilité de l'intestin est restée la même. Quelques écarts de régime ont été suivis de diarrhée et de douleurs abdominales avec fièvre. Il ne nous a pas paru possible d'établir une relation quelconque entre l'action du sulfate de quinine et l'apparition des taches rosées lenticulaires, ou les sudamina, qui ont été observées tantôt discrètes, tantôt confluentes, quelle que fût la dose du sel employée. Nous n'avons rien vu d'analogue aux diverses éruptions dont parlent quelques observateurs. Un seul de nos malades a offert pendant la convalescence une légère angine avec un état mal caractérisé, mais ayant quelque analogie avec la scarlatine.

Si nous exprimons ici l'opinion qui résulte de l'impression faite sur nous par les faits dont nous avons été témoin, elle sera que le sulfate de quinine a eu une influence avantageuse sur la marche de la maladie ; mais peut-être que la lecture de nos observations n'apportera pas la même conviction dans l'esprit de nos lecteurs. Les faits ont souvent dans leur ensemble un cachet qui frappe l'observateur, qui forme sa conviction, et qu'il ne sait pas toujours faire passer dans la relation qu'il en donne. Posons cependant les conclusions que nous nous croyons en droit de tirer de ce qui s'est passé sous nos yeux.

1° Le sulfate de quinine non acide, à la dose de 2 à 4 grammes

dans une potion de 125 grammes, administrée par cuillerée à bouche de deux en deux heures, ou plus espacée, n'a déterminé aucun accident grave.

2° Il est généralement pris avec répugnance ; souvent, immédiatement après avoir été ingéré dans l'estomac, il détermine un état nauséeux passager ; parfois il y a des vomissements.

3° La muqueuse des voies digestives n'en éprouve pas une influence fâcheuse ; seulement quelquefois léger sentiment de chaleur dans le trajet de l'œsophage au cardia.

4° L'éruption des taches lenticulaires de la peau et des sudamina n'est pas modifiée ; il paraît en être de même de l'éruption intestinale.

5° Son administration est souvent suivie d'un amendement notable, qui n'est quelquefois que passager.

6° La convalescence apparente est le plus souvent rapide ; mais il n'en est pas de même de la convalescence confirmée.

7° Cette convalescence apparente est due à la modification de l'état général, l'intestin échappant à cette modification.

8° Les phénomènes nerveux et le ralentissement de la circulation qu'il détermine cessent assez promptement quand on suspend l'administration du médicament.

9° Il diminue la céphalalgie, et souvent il la fait disparaître ; elle est alors remplacée par de la pesanteur de tête.

10° Je l'ai vu souvent hâter le retour du sommeil naturel.

11° En résumé, le sulfate de quinine ne me paraît pas devoir constituer une méthode spéciale de traitement ; mais il peut rendre d'utiles services combiné avec d'autres moyens.

Nous ne rapportons ici que trois observations prises dans les diverses catégories de gravité que nous avons eues : elles paraissent établir l'action physiologique du sulfate de quinine et donner une idée de son influence sur la marche de la maladie.

Obs. I. — Le 31 décembre 1842, entre à l'hôpital Saint-Antoine, salle Saint-Paul, n° 3, Adèle Duranté, femme Martin, âgée de 23 ans, née à Sézanne (Marne) : constitution bonne ; à Paris depuis cinq ans ; bonne santé habituelle ; mère de deux enfants, le dernier a trois mois ; couches sans accidents ; nourrissait, avait beaucoup de lait. Quinze jours après ses couches, elle reprend ses travaux, se fatigue beaucoup, passe les nuits ; elle attribue son état actuel à ses travaux (elle coud les bas) ; dès le 23 décembre se trouve mal à l'aise ; travaille jusqu'au 26 ; alors frissons, céphalalgie, épistaxis, diarrhée avec une forte fièvre ; est saignée le 28 ; ne fait usage en outre que de boissons émollientes ; est apportée le 31 à l'hôpital ; elle offre l'état suivant :

décubitus dorsal, affaissement, stupeur grande, face colorée, hébétée, céphalalgie vive, réponses lentes, mais faites avec intelligence; yeux brillants, injectés; légère surdité; peau chaude, moite; pouls plein, dur, à 108; abdomen légèrement tendu; pas de gargouillement; quatre taches rosées lenticulaires; langue rouge aux bords, peu chargée, humide; bronchite légère; urines volontaires; nourrit son enfant.

Le 1er janvier 1843. Nuit avec rêvasseries; le matin, même état; pouls dur, à 110 pulsations. (Mauve, violette, sirop de gomme, 3 litres;

Eau de tilleul.	64	grammes;
Sirop de groseilles.	64	—
Sulfate de quinine.	4	—

de deux en deux heures, par cuillerée à bouche; cataplasmes sur le ventre.) A trois heures du soir, après trois cuillerées de la potion, surdité plus marquée; pupilles dilatées; transpiration abondante; peau presque fraîche; pouls moins dur, 106 puls. Onze heures du soir : transpiration abondante; la malade a vomi à chaque prise de la potion depuis six heures; elle répugne à en continuer l'usage; surdité plus marquée; pupilles dilatées, se resserrant à l'approche de la lumière; céphalalgie moindre; tête serrée; quatre selles; pouls moins dur, à 110 puls.; a donné à teter; l'enfant est bien; on éloigne les prises de la potion.

Le 2. A dormi cette nuit; deux selles; se dit mieux; pas de céphalalgie; tête pesante, serrée; moins de stupeur; réponses faites avec plus de facilité; la surdité dont se plaint la malade nous paraît exagérée par elle; peau moite, souple, presque fraîche; pouls moins large, souple, à 96 puls.; langue large, humide, moins chargée. La soif d'hier a disparu; abdomen souple, non douloureux à la pression; urines volontaires; peu de toux; râles sibilants. (Même prescription; 2 bouillons coupés.)

Le 3. A dormi cette nuit; se plaint moins de surdité; pas de céphalalgie; pesanteur de tête; les pupilles toujours dilatées, mais mobiles; peau souple, assez fraîche; sueur; facies plus animé; réponses moins lentes; pouls à 74 puls.; moins dur; la langue se nettoie, encore rouge aux bords et à la pointe, humide; abdomen souple, indolent; léger gargouillement à droite; une selle; quelques quintes de toux; respiration bonne; urine bien; continue à nourrir. (Même prescription; 2 bouillons.)

Le 4. Peu de sommeil la nuit, qui a été calme; langue large, humide; abdomen souple, indolent, offre des taches lenticulaires en plus grand nombre; léger gargouillement; trois selles; peau fraîche, souple; moins de sueur; se dit bien; pouls à 75 puls.

Le sulfate de quinine, qui n'a été, depuis la nuit du 1er janvier, administré que de quatre en quatre heures, et ne provoquait plus de vomissements, seulement un état nauséeux, est supprimé. (Mauve, violette, sirop de gomme ; 2 bouillons, une fécule.)

Le 5. Le mieux se maintient ; la malade se dit bien ; peau d'une température normale, souple ; pas de sueur ; pouls souple, à 78 puls.; quatre selles. La surdité a presque disparu ; pupilles dilatées ; la vue est toujours restée nette. (Même prescription.)

Le 6. Peu de sommeil ; la nuit troublée par les cris des enfants voisins (c'est une salle de nourrices) ; abdomen souple, peu douloureux ; gargouillements ; cinq selles liquides sans colique ; peau normale ; pouls souple, large, à 80 puls.; a du lait; se dit bien. (Même prescription ; 2 bouill., 2 potages.)

Le 7. La nuit a été sans sommeil à cause du bruit ; dit ne souffrir nulle part ; la légère stupeur qui persiste va toujours en diminuant ; langue large, humide, légèrement rouge aux bords, un peu chargée ; abdomen souple ; gargouillement presque indolent ; sept ou huit selles volontaires ; peau un peu chaude ; pouls large, souple, à 96 puls. ; urine bien ; respiration bonne ; pas de toux. (Même prescription ; 2 bouillons, 1 potage de fécule.)

Le 8. L'amélioration continue ; les selles seules traduisent un trouble de l'intestin, qui entretient l'élévation du pouls, qui n'est cependant qu'à 90 puls. ; les taches persistent.

Depuis ce moment jusqu'au 26 janvier, jour de sa sortie, l'amélioration n'a été entravée que par les troubles de l'intestin, qui ont fini par diminuer et disparaître vers le 20 janvier ; a toujours eu du lait, et l'enfant n'a pas été indisposé. J'ai regret de n'avoir pas constaté la fréquence du pouls de l'enfant pendant l'administration du sulfate de quinine.

— Cette observation nous offre une modification de l'état général, l'intestin restant lésé par l'éruption dont il était le siége, car nous n'avons pas vu de symptôme d'entérite que nous puissions attribuer à l'action du médicament ; la diarrhée était celle de la fièvre typhoïde, et a disparu avec la lésion de l'intestin. Le pouls était tombé de 100 à 74 pulsations pendant l'administration du sel, et sous cette influence le sommeil était venu, ainsi qu'un mieux sensible ; la céphalalgie avait disparu, remplacée par la pesanteur de tête ; mais il n'y a eu que de légers troubles du côté des sens, quoiqu'on donnât 4 grammes de sel.

Obs. II. — Le 19 juin 1843, entre à l'hôpital Saint-Antoine, salle Saint-Louis, n° 13, Descombes (Nicolas), âgé de 16 ans, menuisier en fauteuils, né à Consanvoy (Meuse) : petit de taille,

constitution faible, à peine quelques signes de puberté ; peau blanche, éphélides nombreuses sur la face ; bonne santé dans son pays, qu'il a habité jusqu'à 14 ans, ainsi qu'à Montrouge, qu'il a habité un an. Demeure à Paris depuis un an dans le faubourg Saint-Antoine, seul dans une chambre au troisième étage ; mais le délire et l'hébétude empêchent de savoir si ses réponses sont bien justes. Il y a quinze jours, dit-il, ayant chaud, il ôta ses bottes, mit ses pieds dans de l'eau froide : depuis ce temps, il n'a jamais été bien ; fatigue, courbature, céphalalgie, douleurs vagues dans les côtés et l'abdomen ; pas de vomissements ni de diarrhée, mais plusieurs épistaxis ; il continua à travailler quelque temps, mais ne peut préciser le moment de l'alitement.

Le 20 au soir, décubitus dorsal affaissé ; prostration extrême ; facies hébété ; stupeur très-marquée ; peau chaude, sèche ; surdité déjà prononcée ; pupilles mobiles, non dilatées ; céphalalgie ; rien autre aux sens. Fréquents soubresauts de tendons ; tremblement des bras quand il veut les étendre ; par moments, agitation qui oblige de le fixer dans son lit avec un drap plié en cravate ; réponses lentes, hésitées, peu précises, se contre-disant le plus souvent ; langue rouge à ses bords, chargée à sa base ; muqueuse buccale rouge vif ; dents sales, mais non fuligineuses ; soif vive ; anorexie ; abdomen sonore, tendu, très-sensible à la pression partout, mais plus dans la fosse iliaque droite ; pas de gargouillement ; taches lenticulaires nombreuses disséminées sur le tronc et les membres. Depuis le matin qu'il est entré, trois selles liquides jaunâtres ; il urine et a saigné du nez à plusieurs reprises ; sonorité de tout le thorax ; douleur vive à la pression le long des gouttières vertébrales. On entend le bruit respiratoire avec un râle sibilant général, plus marqué en avant ; pas d'expectoration ; peu de toux ; bruits du cœur sourds, forts, mais normaux ; pouls roide, peu développé, à 120 puls. (Limonade tartarique, 3 pots ; lavement émollient ; cataplasmes émollients sur le ventre et aux pieds.)

Le 21 juin. Nuit fort agitée avec délire, rêves ; a voulu se lever ; pas de sommeil ; plusieurs épistaxis peu abondantes ; deux selles. Le matin à huit heures, même état qu'hier ; peau chaude, sèche ; pouls à 118 pulsations, peu développé et peu résistant ; céphalalgie. (Limon. tartr., 3 litres ; lav. émol. ; catapl. sur le ventre et aux pieds ; compresses d'oxycrat sur le front ;

Eau de tilleul.	64	grammes ;
Sirop de groseilles.	64	—
Sulfate de quinine.	2	—

une cuillerée à bouche de deux en deux heures.) Cinq heures

du soir : selles involontaires ; prostration et stupeur grandes ; facies plus injecté ; le malade tend à s'assoupir, puis réveils en sursaut : agitation ; pupilles mobiles, dilatées ; vue, dit-il, nette, mal appréciable ; yeux plus injectés, brillants ; bourdonnements d'oreille, surdité plus grande ; céphalalgie peu marquée ; réponses vagues ; soubresauts des tendons moins fréquents qu'hier ; peau sans moiteur, plus souple, d'une chaleur moins âcre ; pouls régulier, vide, dépressible, peu développé, 105 pulsations ; plusieurs épistaxis de quelques gouttes de sang ; même état du thorax et de l'abdomen ; une selle. (4 cuillerées de la potion ont été administrées.)

Le 22. Nuit agitée, délire ; deux selles. Le matin, céphalalgie moindre ; tête lourde, étonnée ; nuages qui troublent la vision ; surdité marquée ; bourdonnements d'oreille ; intelligence paresseuse ; réponses parfois justes ; moins d'agitation et de soubresauts des tendons ; peau presque fraîche, sèche ; pouls vide, petit, 94 pulsations ; taches nombreuses ; quelques petites pétéchies sur les bras ; lèvres légèrement fuligineuses ; narines pulvérulentes ; soif vive ; langue sèche et râpeuse ; abdomen tendu aux hypochondres, météorisé, mais assez souple dans le reste de son étendue ; dans la fosse iliaque droite, gargouillement et sensibilité à la pression ; les selles sont liquides, jaunâtres, presque séreuses, mêlées d'urine ; sibilance générale du thorax qui est sonore ; pas de toux ni d'expectoration. (Même prescription ; diète.) Six heures du soir : pouls moins vide, peu développé, à 88 pulsations ; peau presque fraîche, sans transpiration ; deux selles ; pas d'épistaxis.

Le 23. Nuit agitée ; une selle ; rêves ; délire vague. Le matin, même état ; pétéchies plus nombreuses ; soubresauts moins fréquents ; voit mal ; pouls plus souple, moins vide, 84 pulsations ; peau fraîche, assez souple, tendance à la moiteur. (Même prescription.) A cinq heures du soir, très-légère amélioration ; le nombre des pétéchies augmente, elles se voient aussi sur le tronc, les unes d'une ligne de large, les autres moins ; pouls plus souple, mou, à 80 pulsations ; peau moite.

Le 24. Nuit agitée, délire, agitation ; trois selles ; légère épistaxis de quelques gouttes. Le matin, décubitus dorsal affaissé ; lorsque le malade s'assoupit un moment, les lèvres tremblent, s'élèvent, s'abaissent ; les commissures sont en mouvement ; les paupières, quoique fermées, s'agitent ; soubresauts fréquents des tendons ; tremblement des membres ; mouvements généraux, mais très-peu étendus ; carphologie. Si on le réveille, il répond ; les réponses sont lentes, offrent parfois quelque suite, mais il ne faut

pas qu'elles demandent un grand effort d'intelligence ; la parole est tremblée ; d'autres fois réponses incohérentes ; les douleurs des gouttières vertébrales sont vives ; stupeur grande ; facies inintelligent, abattu ; céphalalgie légère ; bourdonnements d'oreille ; il n'y a pas besoin d'élever beaucoup la voix pour qu'il entende ; pupilles très-mobiles, alternativement très-dilatées et resserrées ; vue à travers un brouillard ; sensibilité générale peu modifiée ; langue sèche, râpeuse, rouge ; les dents couvertes de fuliginosités desséchées ; soif vive ; gargouillement dans tout l'abdomen, plus marqué à droite ; abdomen météorisé, mais souple, sensible à la pression ; taches nombreuses sur le tronc et les membres ; peau souple, assez fraîche ; pouls peu résistant, assez large, à 84 pulsations ; rien au cœur ; respiration un peu lente ; sonorité ; sibilance dans tout le thorax ; peu de toux ; il urine. (Même prescription.) Le soir, à six heures, plus de prostration encore ; même état ; pouls idem, à 80 pulsations ; peau souple, assez fraîche ; trois selles dans la journée.

Le 25. Nuit moins agitée, quoique avec délire ; urines involontaires ; pas de selles ni d'épistaxis. Le matin, somnolence ; paraît notablement plus calme, et l'assoupissement moins profond ; facies meilleur, moins inintelligent, quoique abattu ; dans l'état de somnolence, les muscles de la face ne se convulsent plus ; les lèvres sont fermées ; céphalalgie qu'il ne peut localiser ; pupilles tantôt dilatées, tantôt resserrées ; dit mal voir, et reconnaît pourtant divers objets ; n'accuse aucun trouble du côté de l'ouïe ; l'intelligence est notablement plus libre ; pas de soubresauts des tendons, ni de carphologie ; est calme dans son lit ; la parole est plus nette ; peau fraîche, souple, sans moiteur ; pouls bon, régulier, souple, peu développé, à 76 pulsations ; langue rugueuse, sale, plus humide ; soif ; le malade prend volontiers la potion, demande ensuite de la tisane pour faire passer le mauvais goût ; abdomen souple, quoique météorisé, sensible à la pression ; les taches tendent à s'effacer ainsi que les pétéchies ; douleurs dorsales moindres ; respiration très-profonde, interrompue quelquefois par des soupirs profonds. (Même prescription ; diète.) Six heures du soir : trois selles involontaires mêlées d'urine ; a été fatigué par les visites (dimanche) ; moins calme ; quelques soubresauts des tendons ; peau fraîche, moite ; pouls régulier, à 78 pulsations.

Le 26. Nuit assez calme, quoique avec rêvasseries ; est libre dans son lit ; deux selles, a demandé le bassin et a attendu, car il ne veut pas, dit-il, aller sous lui ; urine volontairement. Le matin, facies moins hébété ; stupeur bien moins profonde ; moins

de somnolence; reste éveillé longtemps; réponses plus nettes; troubles des sens peu marqués; pas de soubresauts des tendons; mouvements volontaires, raisonnés; se mouche lui-même, analyse ses sensations, trouve la potion amère et demande de ne pas en prendre; peau fraîche, souple; pouls régulier, large, moins vide, 84 pulsations; langue plus humide, moins râpeuse; soif, prend lui-même son verre et boit quand on lui soutient la tête; pas d'appétit; abdomen moins sensible; léger météorisme; amélioration sensible. (Même prescription; deux bouillons coupés.) Le soir, deux selles volontaires; a vomi dans la journée une prise de la potion de quinine; état nauséeux; un peu de toux; crachats muqueux; râles sibilants; pouls à 92 pulsations. Les prises de la potion sont éloignées de quatre en quatre heures.

Le 27. Nuit assez calme; a peu dormi; deux selles; a uriné; est calme, demande si on le trouve mieux, et cela avec intelligence. Matin : peau fraîche; pouls à 60 pulsations; un seul vomissement après la potion; l'amélioration continue. (Même prescription.) Soir : même état; peau souple, moite; pouls régulier, à 72 puls.

Le 28. A bien dormi; une selle. Matin : légère céphalalgie; les troubles des sens sont peu marqués; l'intelligence fait de nouveaux progrès; la douleur des gouttières vertébrales a presque disparu; les taches s'effacent; la langue légèrement rouge; la bouche se nettoie; abdomen souple, moins météorisé, un peu sensible; urines et selles volontaires; peau souple, fraîche; pouls à 68 puls. (Lim. tart.; cat. sur le ventre; 4 bouillons; la potion de 2 grammes de quinine de six en six heures.)

Le 29. Nuit bonne; une selle; l'amélioration continue; le pouls à 66 pulsations; les troubles des sens presque nuls; bourdonnements; peau fraîche; demande à manger; deux selles déjà moins liquides. (Même prescription.)

Le 30. Nuit calme avec sommeil; l'amélioration fait des progrès; peau souple, fraîche; pouls à 60 pulsations. Les pétéchies ont disparu; les taches s'effacent; se dit bien, demande à manger. (Lim. tart.; 2 grammes de quinine en potion de six en six heures; 2 bouillons, 2 fécules.)

Le 1er juillet. Peu de changement; pouls à 60 pulsations; peau fraîche. (Lim. tart.; 2 bouillons; 2 fécules; 2 grammes de sulfate de quinine de quatre en quatre heures.)

Le 2. Nuit calme avec sommeil suivi; une selle demi-liquide; amaigrissement; le malade va de mieux en mieux; facies de plus en plus intelligent; décubitus varié; peau souple, fraîche, sans moiteur; pouls petit, à 56 pulsations; pas de céphalalgie; rien aux

sens; s'occupe avec intérêt de tout ce qui se passe autour de lui; respiration bonne; langue encore un peu rouge aux bords, chargée à sa base d'un enduit jaune, mais humide; peu de soif et demande à manger; pleure parce qu'on ne lui donne pas de pain; se dit bien; abdomen souple, de moins en moins sensible, peu météorisé; gargouillement léger. (Même prescription; 2 bouillons, 2 potages.)

Le 4. On suspend le sulfate de quinine; depuis ce moment jusqu'au 22 juillet, jour de sa sortie, il n'a offert qu'une amélioration rapide; n'est resté à l'hôpital jusqu'à cette époque que parce qu'on a refusé de le laisser sortir : quelques bains ont été donnés. A sa sortie, mangeait deux portions depuis plusieurs jours, et n'avait pas de diarrhée.

— Nous voyons ici un cas grave de fièvre ataxique, heureusement modifiée dans l'ensemble des symptômes généraux, quoiqu'il n'ait été administré que 2 grammes du sel par vingt-quatre heures. La convalescence a été plus rapide qu'on ne devait le supposer d'après le début de la maladie. Si chez tous les malades on était en droit d'espérer une aussi heureuse terminaison, la méthode serait jugée; mais des cas semblables en apparence se sont terminés fatalement.

Obs. III. — Entre le 11 juin 1843, salle Saint-Louis, n° 28, le nommé Lavessière (Antoine), âgé de 21 ans, garçon de cuisine, né à Mandrille (Cantal), à Paris depuis un an, demeurant faubourg Saint-Antoine, n° 135. Huit personnes habitent la même chambre, qui n'a que quatre lits. Bonne santé habituelle, sauf quelques ophthalmies; n'a pas été malade à Paris. Bonne constitution, système musculaire prononcé. Le 6 juin, travailla à la cave, eut chaud, frissonna; malaise général, prit du vin dans du bouillon sans en être soulagé; le malaise devint bientôt un sentiment de courbature avec céphalalgie, anorexie. Le 8, épistaxis; cet état persiste en s'aggravant. Le 9, nouvelles épistaxis plus abondantes, céphalalgie, courbature, prostration grande, obligation de s'aliter, anorexie, soif, diarrhée, fièvre; toux peu fréquente sans expectoration, saignée d'une palette. Le 9, pour toute médication, du bouillon mêlé de vin. Le 11 juin, au matin, il entre dans l'état suivant: décubitus dorsal affaissé, facies hébété, coloré; céphalalgie frontale vive; réponses justes, mais lentes; yeux brillants; peau chaude, sèche, pouls dur, plein, à 104 puls.; respiration faible; râle sibilant général; expectoration muqueuse peu abondante; pas de surdité: pupilles mobiles non dilatées; langue rouge, vive surtout à la pointe, blanche à la base, chaude, légèrement visqueuse; soif, ano-

rexie; abdomen souple, légère sensibilité à la pression, gargouillement dans la fosse iliaque droite; taches lenticulaires nombreuses; diarrhée; urine rouge, chargée. (Lim. tart., 3 litres; catapl. émoll. sur le ventre et aux pieds; lav. émoll.; diète.) Le 11 au soir, même état : cinq selles séreuses mêlées de matières jaunes; peau chaude, sèche, très-injectée; pouls dur, plein, à 120 puls.

Le 12. Cet état persiste; épistaxis; rêvasseries; cinq selles; pouls entre 116 et 120 puls.

Le 13. Au matin, même état; prostration et stupeur plus grandes; rien aux sens; pouls plein, dur, résistant, à 120 puls.; peau chaude, sèche, injectée, sous l'influence de simples cataplasmes émollients et de légers manuluves. La peau des mains et du ventre offre une rougeur scarlatineuse; les taches lenticulaires sont presque toutes effacées sur la base du thorax. La rougeur scarlatineuse de l'abdomen empêche d'apprécier ces taches; quelques points saillants les y font cependant soupçonner; sur les fesses, taches nombreuses, peu étendues, pour la plupart pustuleuses, quelques-unes déjà acuminées et blanches au sommet; même état douloureux. (Lim. tart., 3 litres; compresses d'oxycrat sur le front; cataplasmes aux pieds et sur le ventre; diète.

Eau de tilleul.	64	grammes.
Sirop de groseilles.	64	—
Sulfate de quinine.	2	—

de deux heures en deux heures une cuillerée.) Cinq heures du soir : après 2 cuillerées de la potion, peu de modifications; céphalalgie moindre; rien aux sens; pupilles mobiles, dilatées; peau chaude, sèche; pouls dur, plein, à 104 puls.; pas de selles. Neuf heures du soir : une selle; légère surdité; pouls plein, plus souple, à 96 puls.; pupilles dilatées.

Le 14. Au matin, sommeil moins interrompu; deux selles. Vers minuit, moiteur sans sueur abondante : on a été obligé de changer le linge du malade; décubitus affaissé; peau souple, d'une température peu élevée; pouls souple, large, à 90 puls.; urines volontaires rouges; facies moins injecté, l'impression en est meilleure; somnolence quand on laisse le malade tranquille, mais quand on le sort de cet état, ses réponses sont nettes; dit que la céphalalgie frontale est peu de chose, se dit bien et demande à manger, mais sans instance; surdité plus marquée; pupilles dilatées, mobiles; langue effilée, rouge, lisse, visqueuse, blanche à la base; muqueuse buccale rouge; abdomen souple; gargouillement dans la fosse iliaque droite sensible à la pression; coliques précédant les selles. (Même prescription; le sul-

fate de quinine est porté à 4 grammes.) Deux heures : même état ; pouls souple, à 81 puls.; deux selles. Huit heures du soir : le malade, qui est d'un caractère gai, se dit bien : cependant il est affaissé dans son lit ; facies moins intelligent, mais peu animé; yeux brillants ; conjonctives injectées ; pupilles dilatées, mobiles ; surdité légère ; peau souple, presque fraîche, toujours rouge, scarlatineuse au ventre, aux mains et aux avant-bras ; pouls souple, large, à 80 puls.; trois selles, dont les deux dernières très-rapprochées, avec coliques.

Le 15. Sommeil la nuit ; somnolence sans rêvasseries ; deux selles ; sueurs. Matin : peu de céphalalgie ; légère surdité ; facies meilleur ; peau souple ; température normale ; pouls moins développé qu'hier, à 80 puls. ; respiration profonde, lente ; peu de toux : expectoration muqueuse, blanche, aérée ; râle sibilant ; langue humide, bien moins rouge, moins effilée ; l'enduit blanc se détache et a disparu sur la ligne médiane ; peu de soif ; demande à manger avec instance, et dit avoir plus faim que soif ; abdomen légèrement sensible, surtout à droite ; la rougeur scarlatineuse est bien diminuée, et plusieurs taches lenticulaires, déjà affaissées, se distinguent sur l'abdomen. (Même prescription.) Six heures du soir : pouls souple, à 74 puls.; peau souple, fraîche, non humide ; deux selles liquides séreuses, mêlées de très-peu de matières fécales jaunâtres.

Le 16. Sommeil à plusieurs reprises ; sueurs abondantes ; une selle dans la nuit. Matin : facies plus abattu, cependant il sourit à l'idée de manger ; peu de céphalalgie, toujours frontale ; réponses précises, lentes ; légère surdité ; rien à la vue ; peau souple, fraîche, sans moiteur ; pouls souple, large, à 60 puls. ; langue rouge, lisse et fendillée ; il y a quelque temps qu'il n'a bu ; après avoir pris de la tisane, elle redevient souple ; il demande à manger avec instance ; abdomen souple ; gargouillement dans la fosse iliaque droite ; la teinte scarlatineuse a presque disparu ; quelques taches lenticulaires sur l'abdomen et le sacrum ; celles des fesses sont produites par des acnés. (Même prescription ; quelques cuillerées de bouillon coupé.) Soir : même état ; deux selles ; pouls souple, à 62 puls.; peau fraîche.

Le 17. Nuit avec sommeil plus prolongé ; deux selles ; sueurs ; décubitus variable, facile et volontaire ; facies plus animé ; peu de céphalalgie ; très-légère surdité ; peau fraîche, humide ; pouls souple, large, à 57 puls. ; la langue humide, lisse, est de moins en moins rouge ; insiste pour manger, paraît gai ; abdomen souple ; les taches s'effacent ; thorax bon ; légère sibilance ; urine bien. (Même prescription ; un bouillon coupé ; 2 grammes seu-

lement de sulfate de quinine.) Huit heures du soir : même état ; deux selles ; pouls à 69 puls., souple ; peau fraîche avec moiteur ; n'a jamais eu de nausées ni de vomissements ; seulement il dit en riant que la potion a un goût désagréable et qu'il aimerait mieux un verre de vin.

Le 18. Nuit calme avec sommeil à plusieurs reprises ; deux selles ; n'accuse pas de céphalalgie, mais est toujours disposé à dormir ; bourdonnements, sifflements d'oreille ; il se place facilement sur le coude, la tête dans la main, et cause volontiers ; langue humide, lisse dans les points où l'enduit a disparu ; bouche pâteuse, amère ; peau fraîche, souple, moite, sans sueur abondante ; pouls large, souple, à 61 puls. (Même prescription ; deux bouillons.) Cinq heures du soir : peau moins fraîche ; pouls plus fort, plus roide. à 82 puls. ; deux selles ; paraît plus abattu ; le public la fatigué.

Le 19. Nuit assez calme avec sommeil ; a rêvé qu'il assistait à un repas ; parle avec plaisir de la nature de ce rêve ; trois selles ; sueur, mais n'a pas été, comme les autres nuits, obligé de changer de linge ; peu de céphalalgie ; se dit bien et insiste pour manger ; est un peu sourd ; bourdonnements d'oreille ; peau fraîche, souple ; pouls régulier, peu développé, à 68 puls. ; même état des voies digestives. (Même prescription ; quatre bouillons ; un demi-lavement d'amidon.) Soir : 66 puls. ; deux selles ; le lavement est rendu aussitôt que pris ; tend à s'assoupir ; nuit calme avec sommeil à plusieurs reprises ; trois selles.

Le 20. Même état ; pouls peu développé, régulier, à 71 puls. ; peau fraîche, souple ; pas de céphalalgie ; somnolence plus marquée ; la langue tend à se sécher ; la potion cause un état nauséeux ; abdomen souple, légèrement météorisé ; la potion n'est plus donnée que de quatre heures en quatre heures. (Même prescription ; deux bouillons, deux fécules.) Soir : somnolence plus marquée ; pouls plus dur, à 84 puls. ; peau souple ; quatre selles ; facies plus abattu, moins de gaieté ; pas de céphalalgie ; tête lourde ; pesanteur de tête ; bourdonnements d'oreille ; un peu de surdité ; respiration moins libre.

Le 21. Sommeil souvent interrompu avec rêves ; deux selles dans la nuit ; n'accuse aucune douleur ; est affaissé ; décubitus dorsal ; facies étonné, abattu, très-légèrement cyanosé ; conjonctives injectées ; pupilles dilatées, mobiles ; surdité plus marquée ; bourdonnements ; tête pesante, sans céphalalgie ; somnolence marquée ; peau souple, sans moiteur ; urine bien ; pouls peu développé, à 107 pulsations ; la muqueuse buccale rouge ; la langue, effilée, tend à se sécher s'il ne boit souvent ; enduit

jaunâtre sur les dents ; prend la potion avec répugnance ; a vomi deux fois de la bile ; râle sibilant ; rien au cœur. (Même prescription ; deux bouillons coupés.) Il impressionne mal ce soir ; pouls moins roide, toutefois à 96 pulsations ; trois selles.

Le 22. Nuit sans sommeil, agitée ; nausées après la prise de la potion ; deux selles sans cause appréciable ; vers le commencement de la nuit, frissons qui durent deux heures ; on ne peut le réchauffer qu'avec des boules d'eau chaude ; facies abattu ; la peau du nez est lisse, rouge, tendue ; un érysipèle commence ; céphalalgie légère ; peu de surdité ; bourdonnements ; la peau est légèrement cyanosée à la face et aux avant-bras ; peau chaude, souple ; même état des organes digestifs ; pouls petit, roide, à 102 pulsations. (Même prescription ; diète.) Le soir, l'érysipèle s'étend, petites bulles séreuses sur le nez ; nausées sans vomissement ; même état.

Le 23. Nuit calme avec sommeil ; trois selles ; les nausées ont presque disparu ; peu de céphalalgie ; surdité légère ; l'érysipèle s'étend sur les deux joues, plus à droite ; l'œil gauche larmoie, et, sans être notablement injecté, donne la sensation de graviers ; peau plus chaude, souple ; pouls peu développé, dépressible, à 90 pulsations ; pas de nausées ; même état des voies digestives. (Lim. tartr., 2 litres ; catapl. émoll. sur le ventre ; flanelles aux pieds ; 2 grammes de sulfate de quinine de quatre en quatre heures ; bouillon coupé.)

Le 24. Depuis hier cinq selles ; l'érysipèle occupe presque toute la face : il s'éteint sur le nez ; les bulles se dessèchent et forment des croûtes ; pouls à 84 pulsations, peu développé, régulier ; peau chaude ; du reste même état. On suspend le sulfate de quinine.

Le 25. Nuit calme ; l'érysipèle ne fait pas de progrès et s'éteint en partant de son point de départ ; peau fraîche, mais sèche et rude ; pouls peu développé, résistant, à 84 pulsations ; l'état des voies digestives s'améliore ; quatre selles moins liquides ; abdomen souple, peu douloureux. (Même prescription ; deux bouillons, deux fécules.)

Depuis cette époque, la convalescence a marché régulièrement ; seulement l'état de l'intestin a persisté après la disparition des symptômes généraux. Le pouls est toujours resté entre 74 et 64 pulsations ; les forces sont revenues lentement ; l'abdomen et les avant-bras, qui avaient été le siége de la rougeur scarlatineuse, se sont desquammés. Le malade sort le 24 juillet, parfaitement bien. Craignant l'influence sur l'intestin du régime du dehors, nous l'avons engagé à rester jusqu'à cette époque.

Cette observation nous offre une affection typhoïde, compliquée d'une susceptibilité extrême de la peau, qui fut le siége d'un érythème, sous la simple influence de cataplasmes émollients et de manuluves simples, et plus tard d'un érysipèle facial. Ce fait m'en rappelle un autre que j'ai observé dans le service de M. Piédagnel, à l'hôpital Saint-Antoine, et dans lequel toute la peau fut enflammée avec des escarres gangréneuses siégeant les unes au tronc, d'autres aux extrémités supérieures. En effet, dans les affections typhoïdes, la peau est parfois le siége marqué d'une congestion spéciale, comme celle qu'on observe, dans d'autres cas, aux poumons ou vers le cerveau. Les symptômes de l'intestin furent également ici très-marqués. Je ne puis cependant attribuer la diarrhée à l'action du sulfate de quinine, dont l'effet n'a pas été aussi avantageux que dans l'observation précédente. La convalescence définitive fut longue.

V. ACCOUCHEMts, MALADIES DES FEMMES ET DES ENFANTS.

ACCOUCHEMENTS. — 10. *Recherches sur les corps fibreux et les polypes de l'utérus considérés pendant la grossesse et après l'accouchement;* par le docteur AM. FORGET.

(Bulletin général de Thérapeutique, avril 1846.)

Malgré les nombreux et intéressants travaux dont les polypes utérins ont été l'objet, il existe encore dans l'histoire générale que la plupart des auteurs en ont donnée une lacune qu'il importe de combler, en raison surtout de la gravité des faits pathologiques qui s'y rattachent et des difficultés sérieuses qui, dans la pratique, pourraient résulter de la connaissance incomplète de ces mêmes faits : je veux parler des cas où la grossesse a été compliquée de la présence de corps fibreux dans l'utérus, et de polypes proprement dits. C'est là un point de chirurgie qui m'a paru exiger des recherches nouvelles, en voyant que dans presque tous les traités *ex professo* sur la matière dont il s'agit, les corps fibreux de l'utérus ne sont étudiés que dans les conditions physiologiques ordinaires de cet organe, c'est-à-dire dans l'état de vacuité, quelques accoucheurs se bornant à indiquer comme complication possible de la grossesse, la coexistence de ces tumeurs fibreuses qui ne se seraient pas ainsi opposées à la conception, et dont la présence aurait tantôt sérieusement entravé l'accouchement, et tantôt n'y aurait apporté qu'un faible obstacle. C'est donc à rechercher les faits qui ont servi de base à cet

énoncé trop général, que je m'appliquerai dans ce travail; j'en reproduirai tout ce qui pourra plus particulièrement intéresser la pratique, désirant surtout que l'on puisse en tirer quelque induction utile à la thérapeutique.

Les corps fibreux compliquant la grossesse ont été observés sous deux formes distinctes. Tantôt enveloppés par le tissu de l'utérus, ils siégent dans l'épaisseur de ses parois : c'est *le polype interstitiel;* tantôt ils adhèrent à la matrice au moyen d'un pédicule de grosseur et de longueur variables : c'est *le polype utérin proprement dit.* Je m'occuperai d'abord de la première variété de ces tumeurs.

I. *Corps fibreux* ou *polypes interstitiels.* — Déjà plusieurs auteurs anciens, parmi lesquels se trouvent Fabrice de Hilden et Dehaën, avaient indiqué, comme pouvant rendre l'accouchement laborieux, l'existence des corps fibreux qu'avec les notions incomplètes d'anatomie pathologique qu'on possédait alors ils avaient désignés par le nom de sarcôme de la matrice. A une époque plus rapprochée et presque contemporaine de la nôtre, nous voyons Chaussier qui vient confirmer l'influence fâcheuse de ces tumeurs sur la marche de l'accouchement, en même temps qu'il démontre par des résultats cadavériques qu'elles peuvent déterminer la mort à la suite de la parturition. Il avait vu, en effet, succomber, à la suite d'accouchements laborieux, des femmes chez lesquelles de semblables tumeurs occupaient toute l'étendue d'une paroi de l'utérus, et dans quelques cas les deux parois en même temps : la mort avait été produite par des hémorrhagies réfractaires à tous les moyens hémostatiques mis en usage. Un cas analogue à ceux que Chaussier a indiqués se trouve mentionné dans le *Journal de Médecine de Bordeaux*, n° 12, décembre 1844 : le docteur Brulatour, qui en est l'auteur, dit qu'il a assisté à l'autopsie d'une femme chez laquelle on constata l'existence de quinze corps fibreux sur l'utérus; cette femme mourut d'hémorrhagie. Il résulte de ces faits, dont il est à regretter que les détails ne nous aient pas été plus amplement exposés, que si les femmes ainsi affectées de corps fibreux pendant la grossesse sont en danger de mort, ce n'est pas tant par le fait de l'accouchement lui-même considéré sous le rapport mécanique, puisque dans tous les cas il a pu s'effectuer, que par l'hémorrhagie consécutive que rend presque inévitable l'impossibilité où se trouve la matrice de revenir sur elle-même après l'expulsion du fœtus, la contractilité de ses parois étant en quelque sorte paralysée par l'obstacle que lui oppose la présence de ces productions pathologiques. Du reste, ce danger est en rapport

avec le volume et le nombre des tumeurs. On conçoit en effet que, si elles ont acquis peu de développement et si elles sont peu nombreuses, l'utérus puisse s'accroître suivant les règles ordinaires de la grossesse, et qu'après l'accouchement sa rétraction puisse s'opérer : on comprend encore qu'il en soit de même lorsqu'au lieu d'être enkystées dans l'épaisseur même des parois de l'organe, dont le tissu musculaire se trouve alors distendu et comprimé, ces tumeurs plus ou moins volumineuses, de forme arrondie, sont, comme cela s'observe fréquemment, situées sous le péritoine qui forme entre elles et le corps de la matrice un repli qui constitue leur seul lien de connexion. Dans cet état, ces tumeurs sont fort mobiles et comme flottantes à la surface de l'utérus, si bien qu'on pourrait, sans trop forcer l'analogie, les considérer comme des polypes sous-péritonéaux. Les corps fibreux qui présentent de tels rapports avec le tissu propre de la matrice ne paraissent pas, je le répète, devoir entraver d'une manière notable la succession des phénomènes de la grossesse, non plus que ceux qui sont consécutifs à l'accouchement. J'ajouterai, pour confirmer mon opinion relativement au nombre et au volume de ces tumeurs, que le docteur Brulatour (*loc. cit.*) rapporte l'observation d'une femme qu'il parvint à accoucher heureusement, et chez laquelle la présence d'une tumeur fibreuse avait pu être constatée. A l'appui de ce fait je citerai une dame habitant Paris, qui est devenue deux fois enceinte depuis que plusieurs chirurgiens de la capitale, qu'elle a consultés à diverses reprises, ont été d'accord pour reconnaître, au moyen du toucher pratiqué par le rectum, une tumeur arrondie, volumineuse, siégeant sur la paroi postérieure de l'utérus, et qu'ils ont considérée avec raison comme étant de nature fibreuse. Le dernier accouchement de cette dame a été assez laborieux et fut suivi d'une hémorrhagie inquiétante. Depuis cet accouchement, qui eut lieu il y a plusieurs années, la tumeur fibreuse a pris un volume considérable, le ventre est souvent fort développé, la marche est très-pénible, et la malade est obligée de garder presque constamment la position horizontale sur une chaise longue. Un autre fait intéressant, en ce qu'il montre un corps fibreux après l'accouchement dans un état pathologique qu'il est rare d'observer, se trouve rapporté dans les *Annales de la Société de médecine de Bordeaux.*

Tumeur fibreuse suppurée.—Dystocie. — Le docteur Barnetche met sous les yeux de la Société de médecine de Bordeaux l'utérus d'une femme décédée à la Maternité quarante-huit heures environ après un accouchement des plus difficiles, qui a nécessité

la version à la suite d'un travail qui dura plus de six jours. Cette matrice est énorme, et présente à ses parties supérieures et latérales trois tumeurs de volume inégal et de nature fibreuse ; l'incision de la tumeur supérieure a donné lieu à un écoulement de pus sanieux et séreux, mélangé d'une espèce de détritus formé par le tissu utérin, dans l'épaisseur duquel la tumeur s'est développée. Il ajoute que l'intérieur de cette tumeur ne présentait aucune communication avec la surface interne de l'utérus que recouvrait une couche de matière purulente : les ovaires étaient sains ainsi que les trompes. M. Barnetche fait observer qu'il n'a pu trouver aucune trace d'inflammation dans les veines utérines. Pour l'auteur de cette observation, la mort a été causée par une métrite aiguë, compliquée d'un abcès développé solidairement dans l'épaisseur d'un des corps fibreux, dont l'existence pendant la grossesse n'avait pas été reconnue. Nous rappellerons, à l'occasion de ce fait, que déjà Bayle avait avancé que les polypes pouvaient l'enflammer, et que M. Lisfranc affirme que des abcès peuvent se développer dans leur épaisseur ; que cela ne lui semble pas pouvoir être révoqué en doute ; qu'il en a vu plusieurs exemples : or, pourquoi les corps fibreux, dont la constitution anatomique est identique, ne seraient-ils pas sujets aux mêmes évolutions pathologiques que les polypes ? Au surplus, les conditions physiologiques particulières où se trouve l'utérus pendant la gestation, l'excès de mouvement nutritif dont il est le siége et auquel participent nécessairement les produits anormaux qui lui sont annexés, nous paraissent prédisposer ces produits au genre d'altération dont il s'agit. Ces mêmes conditions physiologiques peuvent encore servir à expliquer l'accroissement de ces produits pendant la grossesse et leurs progrès rapides après l'accouchement : c'est surtout pour les polypes plus accessibles à nos moyens d'investigation que ces dispositions deviennent évidentes. Parmi les dangers que peuvent faire courir aux femmes qui en sont atteintes les corps fibreux pendant la grossesse, on a surtout signalé, comme étant un des plus graves, la rupture de l'utérus : ces tumeurs, a-t-on dit, empêchent le développement de la portion de l'utérus à laquelle elles adhèrent ; le reste de l'organe éprouve une distension excessive et un amincissement proportionné, et est par cela même très-disposé à se rompre. Il est fâcheux qu'à l'appui de cette théorie, d'ailleurs fort séduisante, les auteurs n'aient pas indiqué les observations qui pouvaient en confirmer la justesse ; pour ma part, je n'en ai pas rencontré une seule dans les divers auteurs que j'ai consultés. Il résulterait de là que cet accident serait beaucoup plus rare qu'on ne l'a avancé.

Je ferai d'ailleurs remarquer que dans les cas rapportés par Chaussier, où les tumeurs occupaient toute l'étendue d'une des parois, il n'est pas dit qu'il y ait eu rupture de l'utérus; et cependant le développement de cet organe pendant la grossesse avait dû s'effectuer presque exclusivement aux dépens de la portion restée saine : on en pourrait dire autant du fait cité par le docteur Brulatour.

De l'exposé qui précède il résulte donc : 1° que les corps fibreux de l'utérus ne sont pas plus que les polypes dont nous nous occuperons bientôt, un obstacle à la fécondation; 2° qu'ils ne constituent pas une cause nécessaire d'avortement; que la grossesse peut même parcourir ses diverses phases assez régulièrement, et je dirai à ce sujet que la théorie, en l'absence des faits matériellement observés, pourrait établir qu'il existe entre l'époque où se fera l'avortement et le siége du corps fibreux sur telle portion de l'utérus ou sur telle autre, un rapport plus que vraisemblable : en tenant compte en effet du mode de développement de la matrice pendant la grossesse, il est rationnel de prévoir que si les corps fibreux occupent le fond de l'organe et toute la zone supérieure qui se prête d'abord à son ampliation, l'avortement aura lieu dans les premiers mois de la grossesse; et qu'il ne se fera que plus tard si c'est la zone inférieure ou la portion de l'utérus voisine de son col qui rencontre dans la présence de ces corps un obstacle suffisant pour que sa dilatation ne puisse pas s'opérer; 3° enfin que l'observation prouve qu'en général le danger ne commence à devenir sérieux qu'au moment de l'accouchement qui est toujours plus ou moins laborieux, et peut, dans presque tous les cas, être suivi d'une hémorrhagie promptement mortelle. Que l'on ajoute à ce terrible accident celui non moins grave signalé par plusieurs auteurs, c'est-à-dire la rupture possible de l'utérus pendant le travail de la parturition, et on comprendra combien il est du devoir du médecin qui serait consulté sur les dangers d'une grossesse dans le cas dont il s'agit, d'user de toute son influence pour l'empêcher. Objectera-t-on que, dans une des observations qui précèdent, on voit deux grossesses se passer sans accident, malgré l'existence sur l'utérus d'une tumeur fibreuse reconnue par plusieurs chirurgiens? A cela je réponds qu'au second accouchement il y eut une hémorrhagie inquiétante, et qu'en supposant même qu'elle n'eût pas eu lieu, un autre danger a été signalé : c'est l'accroissement considérable du corps fibreux à chaque grossesse et l'aggravation des accidents que sa présence détermine, à tel point que la malade peut à peine marcher; or, c'est encore là un résultat assez

fâcheux pour qu'on doive y voir une suffisante contre-indication à la grossesse ; ajoutons, enfin, que de ce que par le toucher on ne peut constater l'existence que d'un seul corps fibreux, il ne faudrait pas en inférer qu'il n'en existe aucun autre, car l'anatomie pathologique nous apprend que ces produits anormaux sont presque toujours multiples.

II. *Polypes fibreux.* — Pour juger du degré d'influence qui se rattache à l'existence des polypes utérins sous le double point de vue de la grossesse et de l'accouchement, on trouve dans les auteurs plusieurs observations qui peuvent être très-avantageusement utilisées : elles nous montrent le polype tantôt enfermé dans la cavité de l'utérus et adhérant au fond même de l'organe ; tantôt il est descendu dans le vagin ; quelquefois il se trouve moitié dans ce canal et moitié dans la matrice. Or, toutes ces variétés de siége peuvent produire divers résultats propres à chacune d'elles.

Obs. I. — *Accouchement à terme, compliqué de l'apparition d'un polype utérin à la vulve avant la sortie du fœtus.* — Levret rapporte que, chez une femme qui venait d'accoucher heureusement, une tumeur avait été expulsée de la vulve pendant la parturition et avant la sortie d'un fœtus à terme ; l'accouchée n'éprouvait aucun accident, il n'y avait pas eu de pertes considérables après la délivrance. Le docteur Guiot reconnut l'existence d'un polype utérin descendu dans le vagin, et dont le pédicule, implanté au côté droit du col de la matrice, lui parut être aplati, large d'environ deux travers de doigt ; le corps de la tumeur qui occupait la vulve avait le volume de la tête d'un enfant nouveau-né. Le docteur Guiot lia le pédicule du polype le plus près qu'il put de l'orifice utérin ; puis il plaça la femme de manière que la tumeur fût soutenue et qu'elle n'exerçât aucun tiraillement douloureux. Dès le lendemain, des douleurs vives aux lombes et à l'aine droite obligèrent à faire l'excision de la tumeur un peu au-dessous de la ligature, qui se détacha le troisième jour. La femme n'éprouva aucun accident ; elle allaita son enfant, et fut bientôt rétablie.

Ce qui paraît surtout extraordinaire dans cette observation, c'est qu'un polype aussi volumineux n'ait apporté aucun obstacle à l'accouchement : ce n'est d'ailleurs pas le seul fait de ce genre que nous aurons à enregistrer, et qui prouve que, dans beaucoup de circonstances, des tumeurs de même nature, situées dans le vagin, n'ont que faiblement entravé la parturition. Lorsqu'un polype complique la grossesse, il peut, comme cela a eu lieu chez la femme dont nous venons de rapporter l'histoire, chassé par le

fœtus, sortir le premier des organes génitaux ; ceci suppose que la tumeur a son siége près de l'orifice du col utérin. Dans le cas où elle occuperait la zone supérieure de la matrice, il est peu probable qu'elle franchisse le col de cet organe avant le fœtus lui-même ; presque toujours alors elle se produit à l'extérieur après qu'il a été expulsé, et par le seul effet des contractions utérines qui continuent. Un troisième cas peut se présenter, et c'est sans contredit le plus grave : je veux parler du séjour du polype dans l'intérieur de l'utérus après l'accouchement ; circonstance qui, comme les faits le prouveront plus tard, peut devenir mortelle.—Voici maintenant une observation qui démontre la possibilité de concevoir et de mener à bien la grossesse au milieu de conditions pathologiques qui sembleraient devoir s'y opposer d'une manière absolue, en même temps qu'elle fait voir comment les rapports de siége du polype avec les organes génitaux sont susceptibles de varier sous l'influence du développement de l'utérus.

Obs. II. — *Polype occupant la vulve ; grossesse terminée heureusement.* — Une femme portait dans la vulve une tumeur d'un volume considérable, dont la base pendait entre ses cuisses, et qui était fixée par son pédicule à un point de la circonférence de l'orifice de l'utérus. Cette tumeur avait paru, il y avait seize ans, pour la première fois, à la suite d'une couche fort heureuse ; elle rentrait facilement lorsqu'on la repoussait, et cette alternative de chute et de replacement durait depuis quatre ans, lorsque cette femme devint enceinte pour la seconde fois ; *la tumeur rentra alors progressivement par l'effet de l'élévation successive de l'utérus, et cessa de paraître pendant la grossesse.* La femme accoucha fort heureusement d'un enfant à terme et bien vivant ; mais, dès qu'elle fut rétablie, la tumeur sortit de nouveau de la vulve. On voulut placer un pessaire pour la contenir ; mais la femme ne put pas le supporter, elle préféra continuer de la faire remonter lorsqu'elle retombait, ce qui arrivait souvent. Malgré la présence de cette excroissance et les tiraillements que son poids faisait éprouver à l'utérus, cette femme, quoique âgée de quarante-huit ans, était encore bien réglée. Un jour elle ne put opérer la réduction, bien qu'elle se fût exposée à l'air froid et dans une posture horizontale, ce qui lui réussissait ordinairement. Le polype devint très-douloureux et d'une couleur rouge livide. Dans cet état de grandes souffrances, la malade fut reçue à l'Hôtel-Dieu, où M. Boudou, chirurgien en chef, reconnut l'existence d'un polype dont il fit la ligature. La tumeur se détacha le quatrième jour. — Levret, à qui nous empruntons cette

observation, ajoute que la guérison eut lieu assez promptement et ne s'est jamais démentie. — Ce fait, comme le précédent, démontre que la grossesse peut avoir lieu, et l'accouchement s'opérer naturellement, dans un cas où un polype volumineux, pédiculé sur le col utérin, a franchi la vulve et occupé par conséquent le vagin dans toute son étendue. Mais les choses ne se passent pas toujours aussi simplement; le même auteur nous en donne la preuve.

Obs. III. — *Polype du col de l'utérus ayant produit l'enclavement de la tête du fœtus; accouchement laborieux.* — Amand rapporte, dans son Traité des accouchements, qu'il fut appelé, le 11 mars 1697, à Montlhéry, pour secourir la femme d'un médecin, qui était en travail depuis six jours entiers. Les eaux s'évacuèrent le lendemain des premières douleurs; deux jours s'étant écoulés, et l'accouchement qu'une sage-femme du lieu avait annoncé devoir se faire promptement ne s'effectuant pas, un chirurgien ayant alors touché la femme, déclara que l'enfant présentait une fesse, et il se mit en devoir de terminer l'accouchement, sans en venir à bout. Le mari, alarmé, toucha sa femme, et il reconnut dans le col de la matrice la présence d'une tumeur de la grosseur du poing et la tête de l'enfant aplatie entre les os du passage. L'auteur ajoute que la sage-femme prit vraisemblablement cette tumeur pour la tête de l'enfant, et le chirurgien qui vint ensuite pour la fesse. Amand nous dit que, pour terminer l'accouchement, il introduisit sa main droite dans le vagin; qu'avec la seconde il porta un crochet sur la tête de l'enfant, qu'il parvint ainsi à extraire. — Que devint la tumeur après l'accouchement? Amand ne le dit pas; seulement il ajoute que, quelques jours après, il apprit d'une des amies de la dame ainsi accouchée, qu'elle se portait mieux, et qu'on ne désespérait pas de la voir se rétablir. Nous pensons avec Levret que cette tumeur était bien un polype qui, en raison même du siége qu'il occupait, n'a pas dû s'opposer à la rétraction de l'utérus sur lui-même; ce qui explique comment aucun accident hémorrhagique ne se manifesta après l'extraction du fœtus. Enfin, cette observation démontre jusqu'à quel point, dans une circonstance semblable, une erreur de diagnostic peut devenir préjudiciable à la mère et à l'enfant.

On trouve encore dans un journal anglais (*Médical and Physical Journal*, 1811 et 1812) deux autres cas de polypes volumineux occupant le vagin, et qui n'empêchèrent pas l'accouchement de se faire naturellement; et, circonstance fort remarquable, c'est que, pendant plusieurs années, ces polypes paraissent avoir

existé sans influer d'une manière notable sur les grossesses qui eurent lieu successivement. A chaque accouchement, la tumeur fibreuse se montrait à la vulve, puis remontait dans le vagin à mesure que l'utérus revenait sur lui-même.'

Obs. IV. — *Polype énorme compliquant la grossesse. — Double insertion du pédicule au col de l'utérus et au point correspondant du vagin;* par le docteur Pordham. — Une femme âgée de trente-cinq ans, en travail depuis six jours, commença seulement alors à éprouver des douleurs plus vives et franchement expulsives. Par le toucher on constate dans le vagin une tumeur volumineuse et solide, paraissant implantée sur la partie postérieure de l'orifice de la matrice. Cette femme, mariée depuis dix ans, avait eu quatre enfants mort-nés dans ce laps de temps. A chaque accouchement, une tumeur sortait de la vulve, poussée par le fœtus. Jamais cette femme n'avait éprouvé, de la présence de cette tumeur, d'autre souffrance qu'un tiraillement causé par sa pesanteur. Malgré cet obstacle, la parturition s'opéra cette fois encore, et pour la cinquième fois, tout à fait naturellement : l'enfant était mort, comme aux précédents accouchements. Le docteur Clough, appelé en consultation, constata la continuation des efforts expulsifs après la délivrance, et reconnut la double insertion d'un polype au col de l'utérus et à la paroi postérieure et supérieure du vagin. Une ligature fut immédiatement placée autour de son pédicule. L'application de cette ligature fut très-laborieuse; l'auteur ajoute que cette femme, fort épuisée déjà au moment de l'accouchement, s'affaiblit rapidement, et qu'elle succomba le lendemain de l'opération, sans avoir présenté ni douleurs, ni vomissements, ni aucun autre signe de métro-péritonite. — Sans rechercher la cause de la mort si promptement survenue, et sur laquelle l'auteur ne donne aucun détail, je rappellerai seulement, à l'occasion de la double insertion de ce polype à l'utérus d'une part, et de l'autre au vagin, que plusieurs chirurgiens ont signalé cette disposition, d'ailleurs assez rare. L'insertion au vagin n'est qu'accidentelle et consécutive à la sortie du polype de la cavité utérine ; elle se fait au moyen d'adhérences cicatricielles, résultant d'ulcérations survenues sur la membrane d'enveloppe du polype et sur la muqueuse vaginale, dans un point où celui-ci s'est longtemps trouvé en contact avec elle. Ne pourrait-il pas résulter de cette connexion entre le polype et le vagin que l'intégrité de ce dernier pût se trouver sérieusement compromise, dans le cas où le corps fibreux, violemment repoussé de haut en bas par le fœtus, serait soumis de la sorte à des tractions fortes et longtemps soutenues, dont

l'effet serait ainsi transmis au vagin par le polype même?

On verra qu'il existe entre le fait qui précède et le suivant, pris à la même source, une analogie qui l'en rapproche, outre que ce dernier renferme de plus un enseignement pratique ; à savoir : qu'il démontre le danger de la ligature du polype appliquée immédiatement après l'accouchement.

Obs. V. — *Polype sortant de la vulve au moment de l'accouchement. — Dangers de la ligature dans ce cas.* — Une femme, déjà mère de plusieurs enfants, accoucha d'une fille à terme après une parturition douloureuse. Pendant le travail, une tumeur consistante et charnue, poussée par la tête de l'enfant, était sortie avant elle. *A deux couches précédentes ce même phénomène avait eu lieu.* Le volume de la tumeur était seulement moins considérable, et chaque fois elle était rentrée dans le vagin ; aussi n'y avait-on pas fait grande attention. Cette dernière fois, elle resta hors de la vulve ; elle avait la grosseur de la tête d'un enfant nouveau-né. Dès le lendemain, on plaça une ligature autour de son pédicule ; vers le soir du même jour, agitation très-douloureuse, insomnie. Le lendemain, nouvelle ligature, la première s'étant relâchée ; presque immédiatement, douleur si vive et anxiété telle, que vers le soir on fut contraint de l'enlever. Pour calmer l'irritation causée par cette opération, on eut recours, toutes les six heures, à l'administration de dix à vingt gouttes de teinture d'opium, en même temps qu'on donna des laxatifs doux. Nonobstant ce traitement, il y eut, pendant plusieurs jours, des convulsions ; le pouls marquait cent vingt pulsations, la voix était faible et presque éteinte. — Plusieurs semaines se passèrent sans qu'on pût songer à lier de nouveau le polype. — Neuf semaines cependant après l'accouchement, on crut le moment favorable pour une nouvelle application de la ligature, qui ne tarda pas à reproduire les accidents aussi graves que la première fois. La tumeur était recouverte, dans toute sa surface, d'une eschare, et c'était le point de départ d'un écoulement sanieux fort abondant. Sous l'influence d'un régime analeptique, l'état de la malade s'améliora ; et quatre mois après l'accouchement, on plaça un fil fort et ciré autour du pédicule du polype, devenu moins gros et plus facile à atteindre. Cette fois, la ligature, d'abord douloureuse, fut bientôt supportée, et au bout de quelques jours, la tumeur se détacha : la malade recouvra une santé parfaite.

Parmi les circonstances remarquables de ce fait, il en est une qui mérite surtout de fixer l'attention, et dont il ressort pour la pratique une leçon fort importante qui prouve que, dans un cas

analogue, il serait imprudent de placer une ligature autour du pédicule d'un polype volumineux avant la cessation complète de l'irritation, tant générale que locale, résultant de la parturition : c'est d'ailleurs là une question de médecine opératoire qui a été diversement résolue par les auteurs qui s'en sont occupés ; et généralement on ne s'est pas entendu sur l'époque à laquelle il convenait de pratiquer l'ablation des polypes coexistant avec la grossesse, et venant ainsi apparaître à la suite de l'accouchement. — Il me semble que le précepte donné par MM. Velpeau, Lisfranc et Paul Dubois, de n'opérer qu'autant que les phénomènes propres à l'accouchement ont cessé, doit être suivi toutes les fois qu'il n'y a pas d'indication particulière pressante pour agir autrement, comme serait, par exemple, une hémorrhagie. En considérant que la matrice, après l'accouchement, est plus disposée à subir l'influence quelconque des causes d'inflammation, il est toujours plus prudent d'ajourner l'opération ; ensuite, comme les vaisseaux propres de l'utérus, qui ont été développés à un haut degré pendant la gestation, subissent peu à peu, après la délivrance, et par l'effet du resserrement du tissu même de l'organe, une diminution notable dans leur calibre, les vaisseaux propres du polype, qui en émanent, éprouvant la même réduction proportionnelle, l'ablation de la tumeur en devient plus facile et moins grave dans ses conséquences, surtout sous le rapport de l'hémorrhagie, qui serait bien moins à craindre dans le cas où l'on se déciderait à opérer par excision. Il est bien évident que ces préceptes ne sont applicables qu'au traitement des polypes qui occupent le vagin ou la vulve ; car si les tumeurs étaient encore renfermées dans l'utérus, elles y détermineraient, en empêchant le resserrement de l'organe, une hémorrhagie dont les suites pourraient être on ne peut plus funestes si l'on n'agissait immédiatement, comme le prouvent les observations suivantes.

Obs. VI. — *Divers exemples d'hémorrhagies déterminées par un polype intra-utérin après l'accouchement.* — Une dame de trente ans, accouchée depuis trois semaines, éprouve tout à coup une hémorrhagie qui va jusqu'à la syncope : au milieu de douleurs de plus en plus fortes, l'orifice utérin se dilate assez pour laisser engager une tumeur et pour permettre l'introduction de la main : à peine le pédicule est-il embrassé, que la main et avec elle un polype du volume d'un gros œuf d'autruche, sont expulsés par une violente contraction de l'utérus. — Guérison. (*Par le docteur Moon.*)

Obs. VII. — Peu de temps après son accouchement, une femme, qui allait bien, fut prise d'une hémorrhagie qui ne put

être arrêtée. Elle succomba au bout de huit à dix heures. On trouva, à l'autopsie, un polype volumineux au fond de l'utérus. (*Par le docteur Churchill.*)

Obs. VIII. — Une femme, accouchée depuis quinze jours, n'avait cessé d'avoir des lochies abondantes; elle avait en outre éprouvé de temps en temps de véritables pertes et de violents paroxysmes de contraction utérine avec pesanteur. — Elle succomba épuisée. — A l'autopsie, on trouva un polype de deux pouces de longueur engagé à travers l'orifice utérin, béant et attaché à la paroi antérieure de la matrice. (*Par le docteur Radfort, de Manchester.*)

Obs. IX. — Le même auteur rapporte qu'une femme, accouchée de la veille, fut prise d'une hémorrhagie considérable qui s'arrêta par l'emploi des moyens appropriés. Cependant le sang bavait encore, et s'élançait même quelquefois en gros jets : l'utérus, dur et contracté, était plus volumineux qu'à l'ordinaire. La main, portée dans l'intérieur de l'organe, reconnut une tumeur du volume d'une grosse poire, à pédicule étroit. Ce pédicule fut embrassé par une ligature qu'on resserra tous les jours. Le huitième, le polype se détacha, la femme guérit. Elle est accouchée, depuis, trois fois naturellement.

Obs. X. — Une femme, accouchée depuis six heures, avait, par invervalles, de véritables pertes; elle éprouvait en outre de fortes douleurs avec pesanteur : l'utérus était plus volumineux que de coutume; à travers le col entr'ouvert on sentait une tumeur mobile. Pendant que l'on cherchait à modérer l'hémorrhagie, une forte contraction détacha le polype et le poussa dans le vagin. La femme guérit.

Obs. XI. — Aussitôt après l'accouchement, une violente hémorrhagie se déclare. Utérus plus volumineux qu'à l'ordinaire; le toucher fait reconnaître au-dessus de l'orifice une tumeur ferme, mobile, du volume de la tête d'un fœtus de six à sept mois. Le docteur Radford introduit la main dans l'utérus, trouve un pédicule grêle, le tord aussitôt et extrait ensemble le polype et le placenta. L'hémorrhagie se renouvela très-abondante encore, mais fut fort heureusement arrêtée. La femme guérit.

M. Lisfranc cite dans sa clinique chirurgicale un fait analogue à ceux qui précèdent.

Obs. XII. — Ce chirurgien fut appelé par M. le docteur Hatin auprès d'une femme qu'il venait d'accoucher. Ce praticien avait constaté l'intégrité du placenta qui était sorti en entier. Cette dame avait, depuis quelques jours, des pertes tellement abondantes, qu'elle était dans un état tout à fait anémique, M. Lisfranc

constata, en présence de MM. Hatin, Bouillaud et Andral, l'existence d'un polype dans le fond de l'utérus. La matrice ayant été préalablement abaissée et maintenue à la partie inférieure du vagin, il lia la tumeur avec l'instrument de Levret. L'opérateur fait observer qu'il s'est bien gardé d'exciser le polype, parce que, dans l'état de faiblesse de sa malade, la plus légère perte de sang eût pu la faire succomber. Cette dame, dont je suis devenu le médecin, et que je vois fréquemment, est bien guérie. — Mais ce n'est pas seulement l'hémorrhagie qui doit faire craindre la présence d'un polype dans l'utérus, après l'accouchement; le fait qui va suivre démontre qu'il peut en résulter pour la femme un danger d'une autre nature et tout aussi redoutable.

Obs. XIII. — Le docteur Crisp rapporte qu'une dame de trente-six ans éprouva fréquemment, dans les six dernières semaines de sa sixième grossesse, de petites hémorrhagies. L'accouchement fut rapide ; mais le placenta n'ayant pu être extrait par les manœuvres ordinaires, la main fut introduite dans l'utérus, et rencontra, outre le délivre, une tumeur qui fut d'abord prise pour un second enfant, mais dont la véritable nature fut ensuite reconnue. C'était un polype volumineux que des contractions utérines violentes poussèrent et enfoncèrent si bas dans le vagin, que le cathétérisme devint difficile. — *La malade mourut épuisée par la violence et la répétition des douleurs, sans hémorrhagie.* — Si jusqu'à présent on a vu l'hémorrhagie avoir lieu consécutivement à l'accouchement, et pouvoir devenir alors promptement mortelle, il faut que l'on sache que le même danger est encore à craindre à la suite de l'avortement que le polype peut déterminer, sans qu'il soit possible de reconnaître son existence. On trouve dans la clinique de M. Lisfranc (page 88, vol. III) un fait qui le prouve.

Obs. XIV. — *Polypes cellulo-vasculaires compliquant la grossesse. — Avortement. — Hémorrhagies consécutives suivies de mort.* — Une dame de vingt-huit ans, ayant eu quatre enfants et une métro-péritonite à son dernier accouchement, devint enceinte pour la cinquième fois lorsque l'utérus était encore le siége d'un engorgement chronique. Pendant quatre mois cette dame se résigna à garder le repos ; à cette époque, ayant fait un voyage, elle fut prise des douleurs d'accouchement, et l'avortement eut lieu. Pendant plusieurs jours aucun accident ne survint ; mais bientôt quelques douleurs se firent sentir dans la matrice en même temps que des pertes abondantes et rebelles eurent lieu : le toucher ayant permis de reconnaître un engorgement du corps de la matrice, un traitement fut dirigé contre

cet état : les saignées révulsives faites au bras firent cesser pendant deux mois l'hémorrhagie; puis celle-ci se renouvela avec une intensité et une fréquence qui épuisèrent la malade, qui finit par succomber. L'autopsie fit trouver dans la cavité de l'utérus, dont le tissu était notablement hypertrophié, six polypes celluloso-vasculaires : le plus petit avait la grosseur d'une lentille ; le plus développé égalait en volume une petite noisette.

Pour compléter, autant que le permettent les faits peu nombreux consignés dans les auteurs, l'histoire des polypes utérins compliquant la grossesse, il me reste à dire qu'au lieu de demeurer soit dans le vagin, soit dans l'utérus, ils peuvent être expulsés en même temps que le fœtus; et c'est la circonstance la plus favorable, puisqu'elle rend inutile une opération que l'état de la matrice doit toujours faire appréhender. Dans les cas où un polype a été ainsi expulsé pendant la parturition, presque toujours il est sorti avant le fœtus; et au lieu d'être arrondi comme il l'est ordinairement, il présentait un de ses côtés aplati, déprimé ; variété d'aspect et de forme qu'il devait aux pressions énergiques exercées sur lui tant par la tête du fœtus que par les contractions violentes de l'utérus. Ajoutons que presque toujours aussi le pédicule du polype était assez grêle : cette disposition était surtout évidente dans une observation très-succinctement rapportée par le célèbre accoucheur Evrat. — Des faits qui précèdent on peut tirer les conclusions suivantes :

1° Des polypes de diverses grosseurs, quelquefois très-volumineux, siégeant soit dans l'utérus, soit dans le vagin, ne s'opposent pas à la grossesse, et ne gênent que fort peu la marche de l'accouchement. Quant à l'avortement, nous ne l'avons observé qu'une seule fois; aussi, par rapport aux faits rapportés dans ce mémoire, il constituerait l'exception.

2° Quand le polype siége dans l'intérieur de l'utérus pendant la grossesse et après l'accouchement, le danger est imminent pour la mère : lorsqu'il occupe le vagin au moment de l'accouchement et qu'il a acquis un développement considérable, c'est pour l'enfant que le danger paraît plus sérieux : on a vu, en effet, dans notre observation quatrième, cinq enfants mort-nés par suite de la présence d'un polype dans le vagin. Il est à craindre, en pareil cas, que la lenteur du travail et la présence d'un corps aussi volumineux qui rétrécit les divers diamètres du bassin, ne produisent l'asphyxie du fœtus au passage.

3° On peut soupçonner l'existence d'un polype dans la matrice aux symptômes suivants, que le *Journal de Chirurgie* a soin de résumer d'après le docteur Oldham, auteur des observations

relatives aux hémorrhagies consécutives à l'accouchement (*Guys hospital reports*, avril 1844). L'utérus reste plus volumineux, il se livre à des contractions énergiques sans résultat, accompagnées d'hémorrhagie. On pourrait croire alors à l'existence d'un second enfant ; mais l'absence de pulsations doubles, de poche d'eau ou de parties fœtales, la différence de forme, de volume, et de consistance de l'utérus, écarteront cette idée. On pourrait hésiter entre un polype et un caillot volumineux : or, un polype seul ne cède pas aux contractions utérines ; un caillot au contraire serait expulsé. Il en serait de même d'un produit dégénéré de conception.

4° Il est très-important d'établir promptement le diagnostic d'une manière précise, non-seulement à cause de l'hémorrhagie que le moindre retard pourrait rendre mortelle, mais aussi en raison du danger auquel de fausses manœuvres pourraient exposer la femme, dans le cas surtout où on croirait qu'il s'agit d'un fœtus. C'est ainsi, comme le remarque l'auteur de l'observation, que dans le fait de *Crisp* (observation treizième), l'erreur de diagnostic eut pour résultat quelques tentatives d'arrachement qui ne furent pas étrangères à la mort de la femme. Le résultat le plus direct de ces manœuvres d'extraction serait de déterminer le renversement complet ou incomplet de l'utérus. D'après le docteur Oldham, les contractions de la matrice, qui s'est refermée après l'accouchement sur un polype contenu dans sa cavité, ont suffi, même lorsque le polype était peu volumineux, pour produire le renversement.

5° L'hémorrhagie peut être primitive ou consécutive, légère mais continuelle ; d'autres fois intermittente ; souvent soudaine et très abondante : on a vu dans plusieurs observations qu'elle n'est survenue que plusieurs semaines après l'accouchement.

6° Quant à l'indication chirurgicale qu'il convient de remplir, elle varie suivant les cas : nous avons déjà dit qu'il est rationnel de différer l'opération lorsque le polype est dans le vagin, et d'attendre, toutes les fois que rien ne s'y oppose, que la matrice soit revenue à ses conditions physiologiques et anatomiques normales. Dans le cas de polype intra-utérin, ou bien l'hémorrhagie est légère, et l'on doit alors s'efforcer, par le repos et des opiacés, de diminuer la sensibilité et la vitalité de l'utérus exaltées par la parturition ; ou l'hémorrhagie est abondante ou continue, et il est impossible, dans ce cas, de temporiser : il faut agir de suite, car on peut craindre que la femme ne s'épuise promptement. En l'absence de l'hémorrhagie, la persistance des contractions et la continuité des douleurs exigeraient également l'intervention du chirurgien.

7° On peut lier, exciser ou même tordre un polype, soit immédiatement après l'accouchement, soit plus tard, sans déterminer nécessairement les accidents que nous avons relatés (*voy.* obs. cinquième). Toutefois la ligature seule, si le polype est peu volumineux, ou suivie de l'excision lorsque par son poids il détermine des tractions qui occasionnent des douleurs très-vives, constitue le meilleur mode de traitement : il faut rejeter l'excision dans tous les cas où la malade a été épuisée par des hémorrhagies, la moindre perte de sang pouvant lui devenir funeste ; et lors même que cet antécédent n'existerait pas, il serait encore indiqué de procéder par la ligature, car l'expérience a démontré qu'en opérant un polype peu de temps après l'accouchement, on est bien plus exposé à trouver dans son pédicule des vaisseaux sanguins, et conséquemment une cause d'hémorrhagie, que si l'utérus ne venait pas d'être modifié par la grossesse.

MALADIES DES FEMMES. — 11. *Sur les granulations et l'étroitesse de la cavité du col de l'utérus, et des moyens qu'on peut opposer à ce genre d'affections.*

(Bulletin général de Thérapeutique, mai 1846.)

Depuis plusieurs années déjà, M. Velpeau a signalé dans ses leçons, à l'hôpital de la Charité, un état du col utérin qui ne paraît pas avoir fixé suffisamment l'attention des praticiens. Ce chirurgien a remarqué que l'état granuleux du col de l'utérus, généralement bien étudié dans la portion libre ou vaginale de l'organe, est presque constamment négligé dans la cavité même du col. Aussi arrive-t-il fréquemment qu'après avoir traité convenablement d'ailleurs, et souvent même guéri les maladies du museau de tanche, on voit quelques-uns des accidents qui tourmentaient d'abord les femmes se maintenir, continuer, et dans quelques cas même s'aggraver.

Ceci tient, selon M. Velpeau, à ce que l'état granuleux ou exulcéreux que le spéculum avait permis de constater sur les lèvres du col où on l'a éteint, existait aussi à l'intérieur de l'organe où il se maintient. On conçoit, en effet, que si les médicaments dont on se sert pour modifier cette maladie ne sont portés que sur la portion vaginale du mal, les accidents n'en continueront pas moins, entretenus qu'ils seront par la partie granulée qui ne se voyait pas et qui se trouvait cachée dans la cavité du même organe.

A cette particularité, il convient d'en ajouter une autre qui paraît plus neuve, à savoir, que la portion du col utérin connue

et décrite sous le nom d'orifice interne, c'est-à-dire l'espèce d'isthme qui fait communiquer la cavité de l'utérus avec la cavité du col, est susceptible de certains rétrécissements ; il y aurait là, selon M. Velpeau, quelque chose d'analogue aux coarctations de l'urèthre. *A priori*, un pareil état semble assez naturel : le tissu de l'utérus est si dur naturellement, si épais, si dense, l'orifice dont nous parlons est si peu large, que hors l'état de grossesse, on serait plutôt surpris de l'impossibilité que de la réalité du rétrécissement maladif d'un pareil orifice. M. Velpeau admet donc que l'orifice interne du col de l'utérus peut être rendu trop étroit, soit par des granulations, soit par un peu d'épaississement de la surface muqueuse, soit par resserrement du tissu propre de l'organe, soit de toute autre façon. Il admet ensuite que ce rétrécissement peut être cause de deux ordres d'accidents. Peut-être, dit ce chirurgien, la stérilité de certaines femmes dépend-elle d'une étroitesse trop grande de l'orifice interne du col utérin ; peut-être, d'un autre côté, est-ce à cette étroitesse qu'il faut attribuer l'état douloureux où se trouvent quelques femmes pendant la menstruation, les coliques qu'elles éprouvent au moment où le liquide menstruel vient à passer de l'utérus dans le vagin. Il croit encore que cette étroitesse rendant plus difficile l'expulsion au dehors des glaires des mucosités que sécrète l'intérieur de l'utérus, ce rétrécissement amène des rétentions qui doivent être causes d'un certain nombre de maladies, servir de point de départ à des accidents dont on cherché souvent sans succès l'origine ou la source.

Toujours est-il que M. Velpeau attaque depuis assez longtemps déjà ces deux états particuliers, les granulations de l'intérieur du col et le rétrécissement de l'orifice supérieur de cette cavité, par des médications assez énergiques.

Granulations de l'intérieur du col. Pour lui, le meilleur traitement des granulations de l'intérieur du col, c'est la cautérisation avec le nitrate acide de mercure. Ce moyen n'a rien de nouveau sans doute, puisqu'il est généralement mis en usage pour le même état morbide sur la portion libre du col depuis près d'un demi siècle ; mais M. Velpeau l'emploie pour les granulations de l'intérieur du col avec une hardiesse et une constance de résultats satisfaisants qu'il nous paraît bon de faire connaître. Il n'envisage pas d'ailleurs la cautérisation, en pareil cas, tout à fait de la même manière que ses devanciers : ainsi, il ne cautérise pas indéfiniment jusqu'à ce que rien n'apparaisse dans l'organe malade ; trois, quatre, cinq ou six cautérisations au plus lui suffisent ; il fait même remarquer que si on attendait,

pour ne plus cautériser, que l'état exulcéreux eût disparu, ce serait à n'en jamais finir, puisque le caustique lui-même provoque cet état et l'augmente. Le caustique, en pareil cas, a pour but, non pas de cicatriser les érosions, comme beaucoup de personnes semblent le croire par inadvertance, mais bien de modifier les surfaces, de mettre à la place d'un état granuleux, qui ne se cicatrise pas, une plaie superficielle qui se cicatrise ensuite avec beaucoup de promptitude et presque constamment. M. Velpeau cautérise, d'après ce principe, une fois tous les huit jours pendant un mois ou six semaines, Pour cela, il se sert d'un petit pinceau de charpie fixé au bout d'une tige longue et mince de bois ; ce pinceau doit être assez dur et courbé : on l'imbibe modérément du caustique, puis, à l'aide du spéculum, on l'introduit dans le col jusqu'à 1, 2 et 3 centimètres de profondeur ; un peu d'eau est aussitôt injectée jusqu'au fond du spéculum pour absorber les parcelles de caustique qui pourraient agir sur les tissus voisins : un bain entier est donné une heure ou deux après. La femme reste tranquille ce jour-là, et dès le lendemain elle peut reprendre avec ménagement ses habitudes de la vie ordinaire. On recommence au bout de huit jours, et ainsi de suite jusqu'à la fin. Des injections émollientes d'abord, détersives ou astringentes ensuite, doivent être associées à ce genre de traitement. Il suffit, la dernière cautérisation étant opérée, de continuer les injections vinaigrées ou aluminées pendant quinze jours ou trois semaines pour que toutes les surfaces touchées se cicatrisent et se trouvent guéries. M. Velpeau n'a pas trouvé, jusqu'à présent, de cas rebelle à ce traitement en dehors des affections organiques cancéreuses ou autres des ulcérations scorbutiques, du boursoufflement du col en dehors, enfin de l'état granuleux ou exulcéreux simple de l'utérus, c'est-à-dire en dehors de ce qui constitue sans contredit les neuf dixièmes des maladies du col de l'utérus dont on s'occupe généralement dans la pratique. C'est d'ailleurs là un sujet qui aurait besoin d'être traité longuement et sur lequel nous reviendrons quand l'occasion s'en présentera.

Rétrécissements. Voici ce que M. Velpeau a imaginé contre le rétrécissement du col de l'utérus : il commence par introduire jusque dans la matrice une petite sonde armée de son mandrin ; quelques jours plus tard, il emploie une sonde un peu plus forte, et ainsi de suite jusqu'à ce que le passage soit convenablement dilaté et devienne libre. Cette sonde lui sert d'ailleurs à faire des injections soit émollientes, soit détersives, soit médicamenteuses dans l'intérieur de l'utérus dont il lave et nettoie ainsi la cavité. Cela fait, s'il soupçonne quelque maladie, il porte le caustique

jusque dans cet orifice coarcté, absolument comme pour les granulations dont nous venons de parler. Il s'agit, en un mot, dans ces cas, d'appliquer à l'orifice interne du col de l'utérus les différentes méthodes thérapeutiques employées depuis si longtemps contre les rétrécissements de l'urèthre. Il est de fait qu'à la Charité, ces méthodes ont semblé produire des résultats très-avantageux chez beaucoup de femmes, et qu'il paraît y avoir là, dans ce point de pratique, quelque chose qui mérite de fixer l'attention et d'être soigneusement étudié. Nous y reviendrons, et nous tiendrons nos lecteurs au courant de ce qui concerne cette question.

MALADIES DES ENFANTS. — 12. *Traitement chirurgical du croup.* — Hôpital des Enfants. — M. GUERSANT fils.

(Suite : *voir* t. V, mai 1846, p. 119.)

(Gazette des Hôpitaux, N° 58 ; 1846.)

Soins consécutifs à l'opération de la trachéotomie. — C'est de ces soins que dépend presque tout le succès. Nous avons dit précédemment que lorsque la trachéotomie a été ouverte, et que des tentatives suffisantes ont été faites pour retirer les lambeaux de fausses membranes accessibles aux instruments, on place une canule.

A ce propos, nous devons revenir en peu de mots sur la description de la canule de M. Bretonneau, et rendre une justice complète au chirurgien qui le premier, dans ces derniers temps, a remis en honneur l'opération si importante sur laquelle nous avons présenté quelques considérations.

La canule dont M. Bretonneau est l'inventeur, est sans contredit l'instrument le plus ingénieux, et qui remplit le mieux toutes les indications. Elle est composée de plusieurs pièces, et c'est là, nous devons le dire en passant, l'un de ses inconvénients ; nous aurions presque dit le seul de ses inconvénients. Cette canule est composée de trois pièces : d'abord, deux gouttières ou demi-cylindres pouvant s'engager l'un dans l'autre dans toute leur longueur, et rester maintenus en rapport au moyen d'une double mortaise. Chacune de ces deux gouttières présente à son extrémité postérieure, ou trachéale, un petit crochet large, en forme de pied de botte, formant un angle droit avec la gouttière. Ce crochet se trouve répété à l'extrémité antérieure ou externe. Sur l'une des gouttières existe une mortaise, et sur l'autre un tenon destiné à se loger dans la mortaise correspondante. Cette

double disposition permet aux deux pièces, dont elle facilite l'enchevêtrement, de ne plus former qu'une seule pièce, consistant en un cylindre creux complet.

Lorsque l'ouverture trachéale est pratiquée, et que l'on veut placer la canule, on introduit d'abord le demi-cylindre inférieur, en le présentant à l'ouverture par le pied de botte qu'il présente à son extrémité. Ensuite la pièce supérieure se glisse perpendiculairement dans la gouttière précédente, et lorsque le pied de botte que présente cette seconde pièce se trouve engagé dans la trachée, on ramène les deux pièces parallèlement, et l'on engage les tenons de l'une dans les deux mortaises de l'autre. On conçoit que les deux pieds de botte des extrémités trachéales empêchent la canule d'être expulsée, quels que soient les efforts de toux; mais on comprend aussi que cette canule puisse s'enfoncer un peu trop, et aller s'appliquer contre la paroi postérieure de la trachée. Pour parer à cet inconvénient, M. Bretonneau a imaginé un manchon en liége entouré d'un cercle métallique, percé dans son centre de manière à embrasser la canule exactement, et mobile d'arrière en avant et d'avant en arrière, à la volonté du médecin. Suivant que la plaie est plus ou moins tuméfiée, l'on pousse ou l'on retire ce manchon, de manière à fixer solidement la canule, les parois de la trachée se trouvant ainsi comprises entre le pied de botte, en arrière, et le manchon en avant. Muni de son manchon, la canule ne peut toucher la paroi postérieure de la trachée; de cette façon, si le passage de l'air se rétablit dans le larynx, la respiration redevient normale, sans que l'on soit obligé d'enlever la canule, qui ne s'oppose point au passage de l'air.

La troisième pièce de l'apparail est une canule méplate, qui présente dans ses parois une certaine élasticité, qui peut s'introduire dans le cylindre creux formé par la réunion des deux gouttières. Cette troisième partie a l'avantage de pouvoir être retirée pour être nettoyée lorsque la canule se trouve obstruée par des mucosités concrètes. Il y a vingt-cinq ans que M. Bretonneau a inventé et fait exécuter cette canule, et, sauf le désavantage qu'elle a de présenter plusieurs pièces, elle n'a point encore été remplacée par un appareil plus complet, plus ingénieux, plus disposé pour toutes les éventualités. Que les fausses membranes soient dans le larynx ou dans la trachée, on pourra également introduire des baleines munies d'éponge, et les passer dans toute l'étendue du tube aérien sans heurter l'extrémité de la canule. Mais, nous ne saurions trop le répéter, un des grands avantages de cet appareil est celui-ci : que l'on peut s'assurer, sans retirer la canule et en la fermant momentanément, soit avec le

doigt, soit avec un bouchon, si le passage de l'air est rétabli dans les voies aériennes supérieures.

Après les avantages immenses et incontestables de la canule ingénieuse de M. Bretonneau, nous devons rappeler brièvement les légers inconvénients qu'elle présente. C'est, nous l'avons déjà dit, qu'elle est formée de plusieurs pièces et assez difficile à expliquer ; c'est ensuite qu'il est nécessaire de faire une incision bien exactement proportionnée au volume du cylindre qu'elle représente : trop petite, elle ne peut être placée ; trop grande, les crochets de l'extrêmité trachéale seraient exposés à sortir entre les lèvres de la plaie, et la canule ne saurait être solidement fixée. Nous avouons que tout en rendant la plus entière justice à l'ingénieuse invention de M. Bretonneau, nous préférons, dans la plupart des cas, nous servir de la canule recourbée, à double cylindre, imaginée par M. Trousseau, de laquelle nous avons précédemment décrit la disposition, et à laquelle nous avons fait adapter un pavillon très-large. Ce pavillon permet de placer, pour maintenir l'instrument, un ruban de fil très-large, et l'empêche d'entrer dans la plaie.

Une fois l'opération chirurgicale terminée et l'instrument en place, il s'agit de mettre l'enfant dans des conditions hygiéniques favorables à la guérison de la maladie.

Ces conditions sont les suivantes :

La transpiration doit être assez élevée, mais douce, sans trop de sécheresse. Il ne faut pas que l'air de la chambre d'un malade dont la trachée artère est ouverte, soit trop chaud et trop sec. Pour le rendre suffisamment humide, il est bon, comme l'ont conseillé quelques auteurs, de faire évaporer de temps en temps dans les chambres, plusieurs fois dans la journée, des décoctions émollientes : de racine de guimauve, par exemple. Quelques médecins ont conseillé les fumigations émollientes directes : le point le plus difficile, l'indication la moins aisée à remplir, c'est d'avoir toujours une température convenable. Pour arriver à ce résultat, nous avons depuis longtemps conseillé le moyen suivant, bien simple et cependant d'une efficacité incontestable, dont nous ne saurions trop recommander l'usage : c'est de placer au-devant du cou, sans le serrer, un de ces cache-nez en gros tricot de laine, très-léger, à mailles fort larges. Par ce moyen, l'air n'arrive pas directement et froid dans la canule trachéale ; mais il arrive en dessus et en dessous le long du cou de l'enfant, et de cette façon la nappe d'air qui sert à la respiration s'échauffe toujours plus ou moins le long des téguments du cou.

La sécheresse de l'air inspiré par le malade est une cause de

concrétion prompte des mucosités bronchites dans la canule, et oblige à la nettoyer fréquemment. S'il n'y avait que cette nécessité de nettoyer souvent le tube métallique, le mal ne serait pas grand ; mais on risque, en introduisant une éponge mouillée, de repousser dans la trachée quelques-unes de ces concrétions, et de déterminer des accidents graves. Nous conseillons donc de ne jamais écouvillonner la canule avec une éponge, mais de retirer la canule interne. Lorsque l'on juge convenable d'écouvillonner la trachée, il faut se servir de baleines très-flexibles et très-fines, dans la crainte de léser la muqueuse des voies aériennes si l'on se servait de baleines trop grosses et trop rigides. A ce propos, disons, en passant, que la baleine large, en spatule et coudée, munie d'une éponge, et dont on se sert pour cautériser le pharynx et l'épiglotte, est de l'invention de M. Bretonneau.

Il est des cas dans lesquels des concrétions se forment non pas seulement dans la canule, mais dans la trachée elle-même où elles constituent des noyaux durs, de véritables corps étrangers. Il faut alors retirer les deux canules, maintenir les lèvres de la plaie béantes et écartées, faire tousser le malade à plusieurs reprises. Cette précaution suffit souvent et vaut mieux à coup sûr que d'écouvillonner le tube aérien. Ce n'est que lorsque ces concrétions durcies ont été expulsées, que l'on doit passer l'éponge humide dans l'intérieur de la trachée.

Quelquefois après l'opération, et les fausses membranes une fois enlevées, il s'en produit de nouvelles. Si, comme il peut arriver, ces fausses membranes sortent facilement par l'ouverture et par la canule, il ne faut rien faire, et laisser agir la nature.

Nous avons donné nos soins à une petite fille qui, après avoir subi l'opération de la trachéotomie, rendit en cinq ou six jours plein un petit verre à liqueur de fausses membranes. Nous avons dit encore que, pendant les premiers temps, MM. Bretonneau et Trousseau avaient l'habitude d'employer des solutions très-concentrées de nitrate d'argent pour cautériser la muqueuse laryngienne et trachéale. C'est une méthode à laquelle ils ont depuis renoncé dans la plupart des cas, et maintenant ils se contentent de solutions beaucoup plus faibles.

A quelle époque convient-il de retirer la canule ? Si, au bout de quelques jours, vous voyez sortir par la canule des mucosités bronchiques de bonne nature, la matière d'une expectoration muqueuse sans aucun mélange de fausses membranes ; si l'enfant respire bien par le larynx, ce dont on s'assure en bouchant momentanément la canule ou en la retirant, il est indiqué de fermer la plaie.

Pour notre part, nous ne l'avons jamais fait avant le dixième jour : M. Trousseau dit avoir pu retirer l'instrument le troisième ou le quatrième jour. Cet auteur conseille également de ne point enlever la canule de suite et brusquement sans avoir habitué le malade à respirer de nouveau par le larynx. A cet effet, il bouche ou enlève la canule pour la première fois pendant une heure au plus ; quelques heures après , on recommence, mais plus longtemps. Si la respiration reste facile , on enlève définitivement l'appareil.

Faut-il chercher à rapprocher les lèvres de la plaie? Nous avons dit que cela nous paraît impossible. Une plaie qui a suppuré ne pourra jamais se réunir par première intention ; de plus, si l'on applique des bandelettes agglutinatives, les mucosités qui s'échapperont par la plaie les auront bientôt soulevées et décollées. En peu de jours , d'ailleurs, les lèvres de la solution de continuité seront rapprochées presque complétement , et la formation des bourgeons charnus achèvera la guérison.

Lorsque, par une circonstance quelconque, l'incision se trouve, au moment où l'on vient de la faire, être trop grande pour le placement de la canule, on place à la partie inférieure de la plaie une ou deux épingles, et l'on cherche à réunir cette portion de la solution de continuité par première intention. Nous avons eu plusieurs fois recours avec succès à ce mode de procéder.

Avant de terminer, disons que le croup est une affection tellement grave, si constamment mortelle, que souvent on devra recourir à l'opération sans attendre que la maladie soit arrivée à la dernière période. « Tant que la trachéotomie, dit M. Trousseau, a été dans nos mains une arme presque toujours infidèle, j'ai dit : Il faut la pratiquer le plus tard possible ; mais maintenant que je compte de nombreux succès, je dis : Il faut la pratiquer le plus tôt possible ; et cette époque doit être celle où, par les indications connues, il ne reste plus aucune chance de succès.» Nous partageons l'opinion de M. Trousseau, et nous croyons qu'il ne faut jamais reculer devant l'opération. En effet, sur cent trente-six opérations qu'il a faites, M. Trousseau a sauvé trente-deux enfants, à peu près un sur quatre. Sans avoir été aussi heureux que ce professeur, nous pensons être, après lui, le chirurgien qui a fait le plus grand nombre d'opérations de trachéotomie dans le cas de croup, et, sur trente-six cas , nous avons obtenu quatre fois un succès complet. Ces résultats sont assez beaux pour faire une loi au médecin de pratiquer la trachéotomie dans les cas de croup, et de tenter la dernière chance de salut, plutôt que de laisser fatalement et inévitablement succomber un enfant atteint de cette terrible affection.

VI. CHIRURGIE, ORTHOPÉDIE ET OPHTHALMOLOGIE.

PATHOLOGIE EXTERNE. — 13. *Fracture des deux os de l'avant-bras.*

(Gazette des Hôpitaux, N° 58; 1846.)

Au numéro 19 de la salle Saint-Côme a été couché un garçon de treize à quatorze ans, qui nous a présenté un de ces faits malheureux que l'on rencontre quelquefois dans la pratique. Il avait fait une chute, et s'était fracturé les deux os de l'avant-bras droit. Un médecin de la ville qui fut appelé sur-le-champ, appliqua immédiatement l'appareil de la fracture d'avant-bras, appareil qui, d'après ce qui nous a été raconté depuis, ne paraît pas avoir été l'appareil convenable ; on nous a dit, en effet, que le médecin avait commencé par entourer le membre d'un bandage roulé, sur lequel il plaça des attelles de carton correspondant à la face antérieure et à la face postérieure du membre. A la suite de ce pansement, le médecin dont nous parlons resta deux jours sans venir voir le blessé. Ce ne fut que le quatrième jour qu'il vint lever l'appareil. Il trouva une partie de l'avant-bras gangrenée ; la main était bouffie, énormément tuméfiée ; les doigts immobiles. On fit des pansements simples avec le cérat, et le malade nous fut apporté quinze jours après l'accident.

Au moment où nous vîmes le blessé pour la première fois, nous pûmes constater un sphacèle fort étendu dans divers points de la peau de l'avant-bras, principalement à la partie antérieure, sphacèle s'étendant à la masse musculaire. Il y avait immobilité des doigts, insensibilité complète, et anesthésie de la main, dans laquelle on pouvait, sans que le malade en eût la conscience, enfoncer profondément des aiguilles. D'après cet ensemble de phénomènes, nous portâmes un pronostic des plus graves. Nous n'avions ici cependant qu'une seule indication à remplir : faciliter la chute des eschares, et attendre. L'amputation du bras était une dernière ressource à laquelle nous ne devions point recourir encore. Une fois les eschares tombées, nous pûmes juger la profondeur de la gangrène : le corps des muscles était sphacélé, complétement détruit ; il ne restait que les tendons, et aujourd'hui l'on conçoit que toute espèce de mouvement soit impossible : l'avant-bras, extrêmement mince, n'est formé que des os, des tendons et des téguments. L'insensibilité persiste dans les doigts, la main entière et la partie inférieure de l'avant-bras.

Ce cas, des plus malheureux, doit vous mettre en garde contre les applications trop hâtives d'appareils à fractures et

contre le danger d'une constriction trop forte après une fracture toute récente. Il y a des chirurgiens qui pensent qu'il faut appliquer l'appareil immédiatement après la fracture. D'autres croient qu'il vaut mieux attendre pendant quelques heures, quelques jours même. Ce sont des accidents de cette nature qui nous ont fait dire que, si l'on applique l'appareil le premier jour (et nous croyons que, comme règle générale, c'est une bonne méthode en ce qu'elle prévient la déchirure du périoste) il faut ne le placer que d'une manière contentive ; on doit éviter de le serrer, une constriction trop forte pouvant avoir pour résultat, comme dans le cas actuel, la production d'une gangrène des parties molles qui environnent la fracture. Du reste, et quelle que soit la règle de conduite que l'on croie devoir adopter, si le malade souffre, il faut lever l'appareil dans la journée même. Dupuytren, qui a donné tant et de si beaux exemples, revenait souvent dans la journée visiter, à l'Hôtel-Dieu, les malades auxquels il avait appliqué le matin un appareil à fracture.

Enfin, comme dernière remarque relative au fait actuel, nous vous ferons observer la mauvaise méthode qui avait été suivie dans l'application de l'appareil actuel. On avait commencé par placer une bande roulée autour de l'avant-bras. Il est évident qu'une pareille manière de procéder a l'immense inconvénient de rapprocher les fragments des deux os en détruisant l'espace interosseux. On sait, et nous n'avons pas besoin de vous le rappeler, qu'il est toujours indiqué, peut-être moins impérieusement, il est vrai, chez l'enfant que chez l'adulte, de placer des compresses graduées sur l'espace interrosseux au-dessous des attelles, pour maintenir les deux os de l'avant-bras à une distance normale l'un de l'autre.

---

14. *De la crépitation comme moyen de diagnostic dans les maladies chirurgicales ;* par G. E. Masliourat-Lagémard, du Grand-Bourg (Creuse), D. M. P., ancien interne et lauréat des hôpitaux de Paris, lauréat de la Faculté de médecine, etc.

(Gazette médicale de Paris, N° 21, 1846.)

Toutes les fois qu'à deux corps de même nature, et avec une pression plus ou moins forte, la main imprime certains mouvements, elle éprouve une sensation particulière qui résulte du frottement de leurs surfaces. C'est cette sensation qu'on désigne sous le nom de *crépitation.* Elle peut être perçue, soit par la main seule, qui est en contact médiat ou immédiat avec le corps qui

se meut, soit par l'oreille, lorsque le frottement produit un bruit assez fort pour parvenir jusqu'à elle.

De là deux modes d'exploration pour arriver avec plus de certitude à ce moyen de diagnostic, qui est pathognomonique dans quelques maladies. Il faut convenir cependant que le tact est beaucoup plus précieux, beaucoup plus sûr que l'oreille nue ou aidée du stéthoscope, comme M. Lisfranc en a le premier conseillé l'usage.

Tous les corps n'étant pas de même nature, n'ayant pas une surface pourvue des mêmes aspérités et également rugueuse, la sensation déterminée par le frottement ne devra pas être la même, selon que ce frottement sera produit par des surfaces plus molles ou plus dures, plus âpres ou plus polies. Si quelques parties molles de l'économie sont susceptibles de déterminer la crépitation, on conçoit de quelle utilité il sera de pouvoir distinguer celle, par exemple, qui sera produite par le tissu osseux ; car, dans l'un et l'autre cas, bien qu'il y ait identité de cause déterminante, le frottement, il n'y aura plus identité d'effet, la sensation perçue ; il n'y aura plus identité de lésion, fracture dans un cas, irritation d'une gaîne tendineuse ou épanchement de gaz dans un autre.

La crépitation peut se rencontrer dans des tissus variables par leur densité, leur structure, leur position, et alors elle dénote des affections bien différentes : ainsi elle sera produite par des lamelles ou des fragments osseux, par des cartilages dont les surfaces seront saines ou auront déjà subi certaines lésions anormales, par le glissement des tendons dans leurs gaînes, par l'infiltration de liquides ou de gaz, par la présence de corps étrangers, etc.

Nous allons étudier la crépitation dans ces diverses circonstances, indiquer en quoi elle diffère dans chaque lésion, et comment, par cette différence même, elle peut servir de moyen de diagnostic dans quelques maladies dont elle est un des principaux phénomènes.

I. — *De la crépitation dans les fractures.*

Dans toutes les solutions de continuité des os, quelle que soit leur forme, quel que soit leur volume ou leur position, il y aura toujours frottement des deux fragments l'un sur l'autre, et par suite crépitation, à moins qu'il ne se rencontre les circonstances suivantes : 1° perte de substance de l'os qui ne permette plus le contact des fragments ; 2° déplacement considérable des extrémités osseuses divisées, et interposition entre elles de parties

molles qui s'opposeront encore à leur attouchement ; 3° dans les fractures incomplètes, dans celles des os du crâne, par exemple, où les fragments n'ayant pas de mobilité, les frottements étant nuls, la crépitation ne peut être perçue.

Tous les auteurs qui ont traité des fractures ont noté comme le signe le plus certain la crépitation produite par le frottement des fragments, et aucun ne s'est attaché à faire ressortir les analogies qu'elle peut présenter avec le même bruit ou la même sensation déterminés par d'autres parties.

Pour tout diagnostic différentiel, J.-L. Petit fait observer en passant *qu'il ne faut pas confondre la crépitation des fractures avec le craquement qu'on sent en pressant des tumeurs emphysémateuses, ni surtout avec le cliquetis des articulations*. Il rapporte immédiatement la méprise grossière d'un bailleur qui prit le frottement de la face antérieure des condyles pour une crépitation osseuse, et crut à une fracture de cet os. Voilà tout le diagnostic différentiel qu'il en donne.

Boyer, sur ce point, semble avoir copié J.-L. Petit ; car il établit mot pour mot la même distinction.

L'article *Fracture* du *Nouveau Dictionnaire de Médecine* ajoute deux cas à ceux de Boyer et de J.-L. Petit, avec lesquels on pourrait confondre la crépitation des fractures : ce sont les bosses sanguines et l'affection des gaînes tendineuses.

Aucun auteur, que je sache, n'y a insisté plus longuement et n'a rien indiqué de plus que mon excellent maître et ami M. le professeur A. Bérard, qui, dans sa thèse de concours, a énuméré avec soin le plus grand nombre des cas qui peuvent se présenter, et leur a donné tout le développement que pouvaient lui permettre le travail qu'il avait à faire et le peu de temps qui lui était accordé. Il dit, et en cela j'ai la même conviction que lui, qu'on doit éprouver de grandes difficultés à rendre par des paroles les sensations qu'on éprouve ; et si, pour rendre ma pensée, je me sers quelquefois de comparaisons bizarres, on voudra bien me les excuser, en songeant que j'y aurai été contraint par cette même difficulté du langage.

La crépitation des fractures est celle qui se fait le plus distinctement percevoir, qui peut être prise pour modèle, et à laquelle il faut rapporter toutes les autres.

Quand un os est divisé, il peut réunir plusieurs conditions qu'il n'est pas indifférent de confondre. L'os peut avoir un certain volume, être de substance compacte, ou d'un tissu spongieux ou aréolaire : il peut être divisé nettement, perpendiculairement à son axe, ou obliquement ; il peut enfin y avoir plusieurs

esquilles mobiles les unes sur les autres ou sur les fragments principaux. Ces distinctions une fois bien établies, je vais examiner comment, dans une fracture, on peut percevoir la crépitation.

Pour première condition, il faut que les parties divisées soient en mouvement : sans cela, pas de frottement possible, pas de craquements perçus. Mais qu'on ne s'imagine pas qu'il est indifférent que ce mouvement soit communiqué d'une façon plutôt que d'une autre ; la manière de l'imprimer et de faire percevoir la crépitation indique souvent la lésion que cette crépitation révèle, et celle à laquelle il faut la rapporter.

Dans les fractures, il faut que le mouvement soit imprimé par le chirurgien lui-même en saisissant avec chaque main les deux portions d'os divisé. Si la solution de continuité avait lieu dans des parties profondément placées ; s'il fallait faire mouvoir une masse trop considérable, comme, par exemple, le membre inférieur d'un individu grand et bien musclé, on pourra alors se servir d'un aide, qui, saisissant l'extrémité inférieure du membre, exécutera ce qu'aurait fait la main du chirurgien, qui sera placée à plat sur le lieu présumé de la fracture, tandis que l'autre tiendra le fragment supérieur. Ainsi donc, après avoir saisi les deux extrémités osseuses en les poussant alternativement dans un sens opposé et avec tous les ménagements convenables, on cherchera à s'assurer de leur mobilité et à faire en sorte que, dans ce mouvement, les deux bouts fracturés se rencontrent. C'est précisément au moment où ils frottent l'un contre l'autre que se produit et qu'on doit percevoir la crépitation.

Disons en passant que cette manœuvre doit être faite avec beaucoup de précautions, sans imprimer aucune secousse au membre, d'une manière lente, graduée, et non par saccades. Si l'on agissait autrement, outre la douleur excessive qu'on causerait au malade, on s'exposerait à produire des désordres plus grands que ceux qui existent déjà : on contondrait les parties molles ; des déchirures de fibres musculaires, de filets nerveux, de vaisseaux peut-être, pourraient compliquer une fracture qui au début était simple et sans aucun accident.

Si un os long est fracturé perpendiculairement à son axe et dans sa partie moyenne, il peut se présenter deux cas : ou bien les deux fragments suivront brusquement le mouvement imprimé et se déplaceront en entier sans pour ainsi dire exercer aucun frottement, et alors les mains percevront ce transport subit l'une sur l'autre des deux parties dures ; il y aura une ou plusieurs saccades successives, et dans ce cas il n'existera pas à proprement parler de crépitation. Mais si les surfaces osseuses sont pro-

menées doucement, si le mouvement qu'on exécute est fait d'une manière continue, alors les aspérités se heurtent, se froissent sans trop de secousse, et il semble qu'on frotte l'une contre l'autre les surfaces rugueuses et résistantes de deux cailloux, ou, comme l'a dit M. A. Bérard en se servant d'une comparaison heureuse, que l'on remue des noix dans un sac. Cette sensation sera tout à fait analogue, plus facilement perçue et dans une plus grande étendue, s'il existe, comme je l'ai indiqué plus haut, des esquilles séparées qni représentent alors, dans la partie malade, des corps étrangers pourvus d'un plus ou moins grand nombre d'aspérités susceptibles de se froisser et de s'entre-choquer entre elles.

Si la solution de continuité a lieu dans la partie spongieuse de l'os, à moins qu'il ne soit d'un volume très-grêle, on pourra bien mieux encore constater la crépitation, parce qu'alors, en général, les faces divisées auront une plus grande étendue, les aréoles et les saillies osseuses y seront plus nombreuses, plus prononcées, et par cela même le phénomène plus facilement appréciable. Aussi ce frottement, cette crépitation des surfaces osseuses est toujours âpre, rugueux, sans glissements, doux et oncteux, si je puis ainsi dire ; et c'est cette sécheresse, cette aspérité dans la sensation perçue, qui fait le caractère distinctif de cette crépitation osseuse qui est le signe pathognomonique des fractures.

J'ai dit plus haut, et c'est là le point capital de la crépitation osseuse, qu'il fallait que le mouvement destiné à opérer le frottement fût imprimé par le chirurgien. Il est extrêmement difficile, à moins que ce ne soit une fracture de côté, circonstance alors tout à fait exceptionnelle, que par les mouvements que le malade exécute seul on puisse percevoir la crépitation qu'on cherche à obtenir. Ces mouvements spontanés dans la partie divisée sont très-difficiles ; ou bien, lorsqu'ils existent, les fragments ne sont plus en rapport, et le phénomène qu'on désire ne peut plus avoir lieu. Si le malade peut en imprimer encore, et que le fémur, par exemple, soit fracturé, ils sont alors extrêmement douloureux ; il y a déplacement des fragments, déviation du membre, raccourcissement, et tous les autres signes communs aux fractures de cet os. Si l'un des deux os de la jambe ou de l'avant-bras est fracturé, celui qui est encore intact supporte tous les mouvements, s'oppose au déplacement qui peut avoir lieu et au frottement réciproque des parties divisées. Il faut donc que le chirurgien lui-même exerce la manœuvre que nous avons indiquée, et cela de différentes manières, et en ayant égard à la position, aux usages, au lieu, à la profondeur, etc., qu'occupe la partie divisée.

On verra bientôt que certaines crépitations qui ne sont plus

des crépitations osseuses sont indistinctement produites par le chirurgien et par le malade; que d'autres ne peuvent l'être que par ce dernier, et que si la sensation perçue est un moyen de diagnostic, il faut encore considérer comme tels les moyens employés pour la faire naître et la percevoir.

Dans beaucoup de cas, la crépitation osseuse détermine un bruit assez intense pour être distinctement entendu par l'oreille nue; d'autres fois, au contraire, celle-ci a besoin d'être aidée du stéthoscope pour bien apprécier ce même phénomène, dont la valeur est la même, qu'il soit perçu par le tact ou par l'audition. Il peut arriver que ce dernier sens seul puisse en constater l'existence : c'est dans le cas de fracture d'un os profondément placé et recouvert de parties molles épaisses qui mettent obstacle aux mouvements qu'on veut imprimer et à la sensation que doit percevoir la main qui les exécute. On a avancé que là où la crépitation n'a pu être sentie, elle a pu être entendue; et d'après M. Lisfranc, dont les observations ont été vérifiées par Laennec, le stéthoscope est devenu un instrument aussi précieux pour arriver au diagnostic de certaines fractures, qu'il l'est journellement pour celui des affections thoraciques. Je n'ai pas besoin de dire que le bruit qu'on entendra aura les mêmes caractères que celui qui sera perçu par la main.

Cette crépitation osseuse, que je viens de décrire, ne se rencontre pas exclusivement dans les fractures avec tous les caractères qui la distinguent ; d'autres affections osseuses peuvent la produire, et alors c'est encore un moyen de diagnostic, comme lorsqu'il y a solution de continuité de l'os.

Presque tous les os peuvent être affectés de nécrose, et la mobilité du séquestre peut être quelquefois reconnue sans qu'il soit nécessaire d'introduire le stylet dans la plaie, quand cette plaie existe. S'il est superficiellement placé, il simule alors un fragment dans un cas de fracture, et les mouvements que peut lui imprimer le chirurgien, opérant des frottements contre les surfaces osseuses voisines, déterminent une crépitation osseuse des plus prononcées.

Obs. I. — Au mois de juin 1838, il entra à l'hôpital des Cliniques, dans le service de M. le professeur Jules Cloquet, dont j'étais alors interne, un nommé Hérissé (Antoine), âgé de 64 ans, doué d'une bonne constitution et paraissant bien conservé pour son âge. Il avait toujours joui d'une bonne santé, et aucun membre de sa famille n'avait été atteint d'affection carcinomateuse.

Deux ou trois mois avant son entrée à l'hôpital, cet homme

éprouva de fortes douleurs de dents ; il survint bientôt à la joue droite du gonflement qui fut suivi d'un abcès. Huit jours après, il en survint un second, et dans l'espace d'un mois et demi, il s'en forma plusieurs à la suite les uns des autres, et qui tous venaient s'ouvrir dans un large trajet fistuleux communiquant avec la cavité buccale, et placé sur la face antérieure et droite de la mâchoire inférieure. Dans le même espace de temps, le tissu cellulaire voisin et le corps de l'os lui-même devinrent gonflés, de manière à produire une tumeur qui occupait tout le côté de la face, qui, à l'arrivée du malade, fit croire un instant à quelques personnes à l'existence d'un ostéo-sarcome de cet os. Mais au moyen d'une incision, l'issue plus facile qu'on donna à la matière purulente fit diminuer la tumeur, et en fit connaître le véritable caractère. Vers l'extrémité la plus postérieure du bord alvéolaire, on sentit une dent qui n'était pas complétement sortie au dehors, et dont la mauvaise disposition et la présence étaient la cause de tous les accidents.

Vers le 15 juillet, en palpant alternativement avec chaque main sur la face extérieure de la tumeur, on trouva une portion de l'os plus considérable, et à laquelle il fut facile d'imprimer des mouvements qui déterminèrent une crépitation osseuse des plus prononcées. On put, à l'aide d'un stylet, obtenir la même sensation et la même mobilité. M. J. Cloquet enleva le séquestre et la dent de sagesse, qui était encore contenue tout entière dans son alvéole, et dont la racine communiquait avec le point carié de l'os maxillaire. Ces deux ablations simultanées du séquestre et de la dent qui étaient les véritables causes du mal, et surtout de la dernière, qui seule l'avait été dans le principe, suffirent, avec le repos et quelques cataplasmes émollients, pour obtenir la résolution complète de tous les engorgements voisins et la guérison définitive de cette tuméfaction énorme qui, à l'entrée du malade, avait fait naître quelques doutes sur sa nature. Quinze jours après, cet homme quitta l'hôpital parfaitement guéri.

Après avoir établi les caractères de la crépitation osseuse, je les comparerai avec ceux qui se produisent lorsque la crépitation existe dans d'autres tissus ; en rapprochant ensuite leurs analogies, leurs différences et la manière de les percevoir, je donnerai le moyen le plus sûr de les distinguer entre elles, comme aussi de distinguer les lésions nouvelles qui les déterminent.

II. — *De la crépitation dans les articulations.*

Les articulations, soit à l'état sain, soit à l'état morbide, par

les mouvements que leur imprime le chirurgien ou le malade, peuvent produire une crépitation qu'on peut rapprocher de celle déterminée par des fragments osseux, et quelquefois la confondre avec elle. C'est une erreur de ce genre que commettait le bailleur dont parle J.-L. Petit, lorsqu'il prenait les frottements de la rotule au-devant des condyles pour une crépitation osseuse, et croyait à une fracture du genou.

Très-souvent, si, par une pression assez forte, on fait mouvoir l'une contre l'autre deux surfaces articulaires à l'état sain, il se produit un certain bruit, un frottement particulier qu'une main peu exercée pourrait prendre pour une crépitation osseuse. Ce bruit ne s'obtient pas toujours, et, pour y parvenir, il faut quelquefois graduer les mouvements, changer les positions du membre, et alors on perçoit ce contact des deux surfaces qui se fait d'une manière uniforme, continue et sans secousses, quelque petites qu'elles soient. Dans ce frottement cartilagineux, il y a quelque chose d'onctueux et de doux qui se distingue de celui des fractures, qui est saccadé, dur, âpre et résistant. Qu'on se figure le bruit, si tant est qu'il puisse y en avoir, produit par deux surfaces de velours qu'on fait glisser l'une sur l'autre, ou bien, comme on l'a dit, la sensation qu'on éprouve en froissant entre les doigts de l'amidon ou de la fécule de pomme de terre, et l'on aura une idée parfaite de la crépitation *cartilagineuse*, expression impropre peut-être, mais qui rendra mieux ma pensée que toute autre. Complétons la comparaison de M. A. Bérard : la crépitation osseuse ressemble au frottement produit par des noix qu'on remue dans un sac ; qu'on remplace les noix par des pommes, on sentira un glissement plus doux, un froissement tout particulier qui aura la plus grande analogie avec la crépitation cartilagineuse.

Cette crépitation, ai-je dit, peut être perçue même lorsque les surfaces articulaires sont saines ; alors elle est dans son minimum d'intensité, et je dirai qu'il faut presque une certaine habitude pour la produire. Mais si la capsule synoviale est le siége d'une inflammation même légère et sans épanchement, s'il y a déjà disette de synovie et sécheresse des surfaces articulaires, comme l'indiquait Boyer, c'est alors que la crépitation cartilagineuse se manifeste dans toute sa netteté, avec un caractère véritablement distinctif pour elle et pour les autres variétés de frottements articulaires qui pourraient lui-être comparés.

Lorsqu'il y a contusion violente de l'articulation, inflammation des surfaces articulaires ou de la membrane séreuse d'enveloppe, sécheresse de sa surface libre, déplacement plus ou moins

considérable, la crépitation cartilagineuse peut, dans presque tous ces cas, être distinctement perçue. Il suffit pour cela d'imprimer avec les deux mains des mouvements alternatifs aux deux extrémités osseuses qui concourent à former l'articulation, manœuvre qui s'exécute comme dans les cas de fracture, ou en appliquant une main sur l'articulation, tandis que le malade exécute lui-même les mouvements; ce qu'il peut faire dans presque tous les cas, bien que quelquefois ce ne soit pas toujours sans douleur.

Ainsi, outre la sensation différente de celle produite par les fragments osseux, on trouve encore ici, comme moyen de diagnostic, le siége du mal et le mode de production de la crépitation.

La crépitation cartilagineuse ne se produit que là où existent des surfaces articulaires naturelles ou accidentelles, ce qui est une très-rare exception; et ordinairement elle n'est bien sensible que dans les articulations à surfaces continues, où existent des cartilages diarthrodiaux et une membrane séreuse d'enveloppe, que les mouvements de l'articulation soient vagues ou bornés, la chose importe peu. Je sais bien qu'il peut aussi s'y produire des fractures, mais ce sont les cas les plus rares; et lorsqu'au niveau d'une articulation, des frottements sont sentis par le malade ou le chirurgien, il y a déjà une forte présomption de croire qu'ils appartiennent aux surfaces articulaires.

Si ces mêmes frottements peuvent être rendus sensibles par les mouvements que le chirurgien détermine, et surtout par ceux qui dépendent de la volonté du malade, les probabilités deviendront bien plus grandes encore; car j'ai déjà dit que, dans l'immense majorité des cas, le malade seul ne pouvait produire la crépitation osseuse. Enfin, si au siége de la maladie, si au mode de transmission du contact des extrémités articulaires, on joint la sensation perçue, la crépitation *cartilagineuse*, d'une très-grande probabilité on arrivera à une certitude sur la nature du mal et le lieu affecté.

Dans d'autres cas, les articulations peuvent donner lieu à une crépitation qu'on verra se rapprocher beaucoup de celle produite par la solution de continuité des os, en conservant toutefois quelque chose du caractère propre à celle qui appartient aux cartilages.

Quelquefois il se développe, dans les articulations, des corps étrangers, espèce de production osseuse ou éburnée dont je ne dois rechercher ici ni la cause ni le mécanisme : leur présence détermine un certain nombre de phénomènes qui suffisent le plus souvent pour les faire reconnaître; mais parfois ils produi-

sent aussi des sensations qui pourraient induire en erreur, si l'on se bornait à un examen trop superficiel : ils causent de la douleur, ils gênent les mouvements après de longues marches, après des sauts brusques et élevés, après des chutes ou des coups reçus sur l'articulation qui les renferme, et les phénomènes qu'ils déterminent alors sont dus à leur déplacement. Ils ont quitté les cavités dans lesquelles ils étaient primitivement logés pour venir s'interposer aux extrémités articulaires des os, et rendre tantôt plus difficiles, tantôt impossibles et toujours très-douloureux les mouvements qui peuvent s'exécuter encore. Il arrive assez souvent qu'on peut les sentir au pourtour de l'articulation, où ils viennent faire saillie sous la peau ; d'autres fois, ils sont profondément situés, et dans l'un et l'autre cas ces corps, qui sont durs, quelquefois anguleux, souvent en grand nombre (jusqu'à 50 et 60), peuvent, par les frottements qu'ils exercent, soit entre eux, soit contre les extrémités des os, donner lieu à une crépitation qui, dans quelques circonstances, peut avoir de l'analogie avec la crépitation osseuse.

Le bruit qu'ils produisent entre eux ou contre les parties voisines pourrait faire soupçonner le présence d'esquilles et l'existence d'une fracture ; mais on évitera l'erreur si l'on a égard au siége du mal, à son mode de développement, souvent à sa récidive, aux inégalités du pourtour de l'articulation, au mode de production du frottement qui peut être indistinctement déterminé par le chirurgien ou le malade, et enfin au bruit lui-même, qui, dans ce cas, a encore quelque chose de particulier qui, par ses glissements doux, tient de la crépitation cartilagineuse.

Les articulations peuvent encore être le siége d'une lésion qui donnera lieu à une crépitation qui se rapprochera davantage de la crépitation osseuse : je veux parler de l'usure des surfaces articulaires et de l'éburnification des cartilages. Dans ce cas, comme dans les fractures, il y aura des rugosités, des aspérités plus ou moins saillantes des surfaces, et le glissement deviendra de plus en plus difficile, de même que la distinction à établir entre la sensation perçue.

M. Bérard fait observer que, lorsque cette éburnification existe, la crépitation est rugueuse, mais qu'elle est prolongée, qu'on sent des surfaces dures frotter sans interruption les unes contre les autres, et que c'est précisément cette persistance dans le frottement qui est un puissant moyen de diagnostic. Il faudra avoir égard à l'articulation elle-même, et surtout au mode de production du bruit dans les articulations gynglimoïdales ; car, dans

celles-ci, on ne pourra l'obtenir que dans les mouvements de flexion et d'extension, tandis qu'on obtient dans tous les sens possibles la crépitation osseuse résultat d'une fracture. Tant qu'il restera quelques fragments de cartilage, le bruit conservera quelque chose de distinctif, moins prononcé il est vrai que lorsque le cartilage est entier, mais qui produira cependant, à un degré qui variera en intensité, ce que j'ai appelé la crépitation cartilagineuse.

Une autre variété de la crépitation cartilagineuse, et qui n'a été, que je sache, signalée par personne, est celle qui résulte de la séparation d'un cartilage d'avec l'os sur lequel il est implanté. C'est une crépitation mixte, si je puis ainsi parler, puisque, d'une part, elle est produite par une surface cartilagineuse, et, de l'autre, par une surface plus rugueuse, plus irrégulière, et qui appartient à une portion osseuse. Les lésions qui peuvent la faire naître et que sa présence sert à bien déterminer, se rencontrent rarement dans l'économie. En effet, il y aura plutôt fracture de l'os ou du cartilage isolément, que séparation de l'un avec l'autre ; car on sait que ces points d'union sont excessivement solides et se disjoignent difficilement : quelque rares qu'ils soient, on les a cependant rencontrés. L'exemple suivant est trop remarquable pour que je ne le rapporte pas à la suite de la proposition que j'ai avancée.

Obs. II. — Dans le mois de juillet 1837, le nommé Robert entra à l'hôpital des Cliniques, dans le service de M. le professeur J. Cloquet. Cet homme, très-robuste et d'une très-forte constitution, fut renversé par un cabriolet; il tomba la face contre terre et sur le bord d'un trottoir ; le nez eut à supporter toute la violence de la chute : il en résulta une forte ecchymose des parties voisines et des deux paupières ; le nez n'offrait ni déformation, ni plaie, ni gonflement.

A son entrée à l'hôpital, il ne présentait que l'ecchymose des paupières, avec une légère tuméfaction due à un épanchement sanguin siégeant à la partie moyenne et latérale gauche du nez. Si l'on cherche à imprimer des mouvements à l'extrémité de cet organe, on sent, du même côté et au-dessus du sillon qui sépare le lobe de la partie moyenne, là où le cartilage s'attache à l'extrémité inférieure des os propres du nez et à l'apophyse montante de l'os maxillaire supérieur, une crépitation qui évidemment n'est pas due à une fracture osseuse. Elle a quelque chose de plus doux et de moins âpre que dans une fracture. Il n'y a aucun prolongement dans le frottement des fragments qui passent d'une manière brusque l'un au-devant de l'autre. On produit

très-bien cette crépitation en appuyant un doigt sur l'os propre du nez du côté gauche, et en exerçant avec l'autre main des mouvements de va-et-vient sur le cartilage correspondant : on peut entendre à l'oreille nue ce frottement, qui ne se passe que du côté gauche.

Bien que, dans ce cas, il y ait quelque chose de doux et d'onctueux de la crépitation cartilagineuse, il y a en même temps une dureté qu'on n'y rencontre jamais ; il y a mélange des deux crépitations, parce qu'en effet se trouvent réunies les conditions que j'ai indiquées, frottement d'un cartilage contre la surface rugueuse d'un os.

La sensation perçue, le siége précis de la lésion, la manière dont cet homme est tombé, son nez portant sur l'angle tranchant d'une pierre, ce bruit anormal que le malade sent très-bien, et qui n'existait ni avant la chute, ni du côté opposé, sont autant de conditions qui donnent la certitude de l'existence de la lésion que j'ai signalée.

Cet homme, qui est resté huit jours à l'hôpital, et sur lequel on a pu constater la crépitation que j'ai indiquée chaque fois qu'on a voulu la produire, est sorti sans que sa fracture fût consolidée, fracture peu grave en elle-même, et qui ne devait déterminer ni accidents, ni difformité.

Enfin, lorsque les cartilages d'une articulation ont été accidentellement détruits, deux surfaces rugueuses appartenant au tissu osseux se trouvent mutuellement en rapport, comme dans les cas de fracture ; et alors la nature du mal ne peut être bien appréciée que par son siége, son développement et les circonstances qui l'ont précédé. Aussi, dans les cas de cette nature, existe-t-il presque constamment de la tuméfaction, de l'empâtement au pourtour de l'articulation, quelques trajets fistuleux qui donnent issue à de la sérosité purulente, et qui permettent assez souvent l'introduction du stylet jusque sur les extrémités osseuses qui sont affectées de nécrose ou de carie. Bien que la crépitation se passe alors dans une articulation, elle n'appartient plus de fait à cette classe de symptômes, puisque les cartilages, parties constituantes de l'articulation, et sur lesquels le phénomène lui-même est produit, se trouvent accidentellement détruits.

(*La suite à un prochain numéro.*)

MÉDECINE OPÉRATOIRE. — 15. *Deux hernies étranglées sur la même personne; opération; mort;* par M. RICHET. — Hôpital Necker.

(Gazette des Hôpitaux, N° 69; 1846.)

Une femme âgée de quarante-cinq ans, fortement constituée, journalière, portant depuis longtemps une hernie crurale de chaque côté, entra dernièrement à l'hôpital Necker, l'une de ses hernies, la droite, s'étant étranglée. L'étranglement datait de quarante-huit heures. On avait employé, pour le lever, les sangsues, les bains, les purgatifs, les lavements, et il est bien entendu qu'on n'avait pas ménagé les tentatives de taxis. M. Richet ne devait pas hésiter et n'hésita pas non plus à pratiquer immédiatement la kélotomie. Il constata dans le flanc droit, correspondant à l'étranglement, l'existence du frottement péritonéal, indice d'une péritonite commençante; ce qui naturellement dut lui inspirer des craintes sur l'issue de l'opération.

C'est ici le cas de faire connaître par incidence l'explication à laquelle M. Richet a été conduit expérimentalement touchant le bruit de frottement, commun aux synoviales articulaires, aux séreuses et, ajouterons-nous, aux bourses dites muqueuses. On avait admis généralement que le bruit de frottement qui résulte de l'inflammation de ces membranes dépendait de leur sécheresse. Rien n'est moins prouvé que cette sécheresse, d'après M. Richet, qui attribue le bruit dont il s'agit à la chute du feuillet épithélial et à un état de granulation légère dont cette exfoliation est suivie.

La hernie était marronnée. L'incision des parties extérieures fut pratiquée suivant l'axe de la cuisse. M. Richet incisa la peau, puis les deux couches du *fascia superficialis*. Cela fait, il eut sous les yeux une poche ayant toutes les apparences du sac herniaire, et qui fut prise pour telle par les assistants. M. Richet l'incisa, et tomba sur le véritable sac, qui à son tour fut pris par la plupart des personnes présentes pour l'intestin.

Quelle était cette poche qui en avait imposé pour le sac? C'était le *fascia transversalis* poussé par l'intestin déplacé (car la hernie était une entérocèle), et, comme le sac, offrant un fond et un collet.

Le véritable sac divisé, il s'échappa une petite quantité de sérosité qui leva tous les doutes. Le péritoine (de quelque façon qu'on explique le phénomène) était considérablement épaissi, puisqu'il présentait environ une épaisseur d'un demi-millimètre.

L'intestin mis à nu, il s'agissait de lever l'étranglement. Telle

était la striction, que M. Richet ne put parvenir à faire pénétrer l'extrémité d'un bistouri boutonné entre l'intestin et l'anneau constricteur. Alors, ayant fait tendre les côtés du sac à droite et à gauche par des aides, il débrida verticalement en bas au moyen de ciseaux mousses, du fond vers le collet du sac. Le débridement fut pratiqué ainsi, parallèlement à la veine saphène et en dedans de cette veine, sans toucher aucunement à l'anneau crural, loin du ligament de Gimbernat, uniquement sur la lame cribriforme, dont l'un des trous par son bord produisit l'étranglement.

L'intestin, après ce débridement, faillit rentrer de lui-même : il était violacé, mais ses parois n'avaient pas perdu leur élasticité ; en un mot, il n'y avait aucune raison apparente de ne pas le réintégrer dans la cavité abdominale. M. Richet et plusieurs assistants introduisirent dans l'anneau, pour s'assurer que celui-ci était libre, le doigt indicateur, qui entrait et sortait facilement de l'abdomen. La réduction de l'anse intestinale fut opérée.

Les coliques, les envies de vomir cessèrent, et dans la soirée la malade eut deux selles provoquées par l'administration d'un lavement purgatif.

L'opération avait été faite le vendredi. Le samedi matin, état assez satisfaisant ; le soir, les vomissements ont repris ; le ventre est ballonné ; le pouls petit, serré, fréquent ; la face est injectée. Il y a un peu de délire. L'autre hernie, la gauche, s'est étranglée, chose bien remarquable, par suite des efforts de défécation. M. Richet, non sans difficulté, réduit cette seconde hernie incarcérée, et prescrit de la glace en boisson, quarante sangsues sur le bas-ventre et un lavement de tabac.

Le lendemain dimanche, à sept heures du matin, l'opérée succombe sans évacuation nouvelle.

On trouva à l'autopsie tous les signes d'une péritonite du petit bassin (épanchement de sérosité mêlée de flocons dans le pelvis ; agglomération du paquet des intestins grêles). L'intestin qui s'était étranglé en second lieu à l'hôpital même, avait conservé la trace circulaire de la striction qu'il avait subie.

La hernie opérée avait renfermé une petite anse complète que l'on trouva immédiatement derrière l'anneau, suivant l'ordinaire. On sentait, en passant le doigt sur la face externe de l'intestin, un fort bourrelet, comme si ses parois avaient été épaissies à ce niveau. Le bourrelet était circulaire; mais il n'y avait pas d'épaississement, et c'était une circonstance bien plus singulière et insolite qui donnait lieu à cette apparence.

On ouvrit l'intestin, et l'on vit à son intérieur, un peu au-

dessus du point qui avait supporté la striction, une sorte de diaphragme analogue à la valvule pylorique. M. Cruveilhier, en examinant la pièce à son cours à la Faculté, essaya de faire pénétrer son petit doigt à travers ce diaphragme, et ne put y parvenir. Il était dû, ce diaphragme, à la section de la membrane muqueuse, qui avait été refoulée en haut à l'instar des tuniques internes des artères après la ligature.

Ainsi, la striction avait été assez forte pour couper la membrane muqueuse. Déjà, après la mort, le petit doigt ne pouvait franchir cette espèce de valvule ; à plus forte raison l'obstacle devait-il être considérable durant la vie, à raison de l'état turgide de la membrane muqueuse. Dans l'étendue de deux pouces environ au-dessus de l'étranglement, l'intestin grêle était distendu par des matières qui toutefois n'étaient pas assez solides pour ne point pouvoir franchir la valvule; car on comprend que si le petit doigt ne pouvait la traverser, elle avait cependant un orifice. Mais, encore une fois, il ne faut pas conclure de cette possibilité du passage des matières après la mort à cette même possibilité durant la vie. Un obstacle est décuplé par la congestion, laquelle, comme nous avons eu bien des fois l'occasion de le dire, disparaît au moins en très-grande partie avec la vie.

Ce cas, avons-nous dit, est très-digne de remarque, et il l'est en effet sous plusieurs rapports. Une femme porte deux hernies, dont l'une s'étrangle lorsque la première étranglée vient d'être opérée, et la réduction de celle-là est aussi inoffensive que la réduction de celle-ci devient funeste. Pourquoi cette différence? Parce que, dans la hernie sitôt réduite, quel qu'eût été l'étranglement, il n'avait pas duré assez pour couper la muqueuse; tandis que, dans l'autre, l'obstacle au cours des matières avait persisté après l'opération, avec cette différence, qu'au lieu d'affecter la circonférence de l'intestin (anneau), il affectait sa cavité (valvule).

M. Richet crut d'abord devoir rattacher le retour des vomissements à l'étranglement de la seconde hernie, et tout autre à sa place aurait eu la même pensée. Mais la persistance des signes de l'étranglement lorsque la seconde hernie eut été réduite, le dissuada, et l'autopsie lui révéla la véritable et singulière cause de la reproduction des accidents.

Déjà une fois, dans le service de M. Velpeau, nous avons vu les symptômes de l'étranglement intestinal persister après l'opération, alors que, bien positivement, l'étranglement avait été levé. Il s'agissait d'une femme qui finit par succomber avec un ballonnement considérable du ventre et après avoir éprouvé des vomis-

sements continuels ; de telle sorte que le défaut de réparation avait puissamment concouru au résultat funeste qui avait eu lieu. On voit aussi, par l'observation de M. Richet, combien il importe de ne pas perdre en vaines tentatives un temps précieux pendant lequel les plus graves lésions se produisent dans l'intestin et allument alentour une inflammation mortelle. C'est pour nous une conviction profonde que l'opération faite dans les premiers moments de l'étranglement aurait les chances les plus favorables. Sans doute on réduit par le taxis et les moyens ordinaires un certain nombre de hernies étranglées ; témoin le cas même de M. Richet ; mais on guérirait bien plus de malades s'il passait en règle d'en appeler aussitôt à la médecine opératoire. Loin de nous la pensée de proclamer ce précepte absolu, si fondée que notre proposition puisse paraître. Mais, du moins, serait-il désirable que les essais de réduction, surtout le taxis, ne fussent pas prolongés au delà de quelques heures. Si, dans les premiers moments, on n'a pu triompher d'un étranglement, il y a peu de chances, en général, pour qu'on le surmonte plus tard, puisque la congestion, c'est ce que la raison indique, n'aura fait qu'ajouter à l'obstacle. Nous n'insistons pas sur les particularités que l'opération a présentées, et qui auront sans doute frappé suffisamment l'attention du lecteur.

OPHTHALMOLOGIE. — 16. *Sur une espèce particulière d'exophthalmos produit par l'hypertrophie ou la congestion du tissu cellulo-graisseux de l'orbite, et sur le traitement qui lui convient ;* par M. le docteur SICHEL.

(Bulletin général de Thérapeutique, mai 1846.)

On désigne sous le nom d'exophthalmos les maladies qui ont pour signe pathognomonique principal la saillie du globe oculaire hors de son orbite, et qui sont dues au développement d'une tumeur d'une nature quelconque dans l'intérieur de cette cavité. Les maladies les plus hétérogènes ont été réunies sous cette dénomination. Elle disparaîtra nécessairement du cadre nosologique quand l'étude clinique, jointe à des recherches anatomiques plus approfondies, aura réussi à éclaircir davantage la nature de ces différentes productions anormales et leur diagnostic différentiel. Vouloir comprendre dans un seul et même travail toutes les maladies de cette espèce, ce serait entreprendre une des monographies les plus vastes, et trop vaste assurément pour être contenue dans les limites d'aucun ouvrage général de pathologie ou d'aucun journal de médecine. Les tumeurs cancéreuses de l'or-

bite, à elles seules, formeraient déjà un mémoire des plus étendus. Il est plus rationnel, et en même temps plus utile pour la pratique, de réunir, d'après leurs caractères anatomiques et nosologiques, les différentes tumeurs de l'orbite, dont chacune doit former dans la nosologie oculaire le sujet d'un chapitre particulier.

Aujourd'hui nous nous proposons d'entretenir nos lecteurs d'une espèce particulière d'exophthalmos que nous n'avons trouvée décrite nulle part. Les phénomènes en sont fort obscurs, et, pour cette raison, elle mérite qu'on fixe sur elle l'attention des hommes sérieux, afin qu'on l'étudie avec plus de soin. C'est aux tumeurs de cette espèce, et à celles qui, sous le rapport de l'obscurité, leur sont semblables, qu'on devrait réserver particulièrement le nom d'exophthalmos. En effet, comme la saillie de l'œil est le seul symptôme tout à fait positif et manifeste, comme la nature de l'altération qui produit cette saillie ne peut être déterminée d'une manière plus précise, le nom vague d'*exophthalmos* leur est applicable. Il leur convient d'autant mieux, qu'on l'emploie généralement aujourd'hui pour désigner une saillie du globe oculaire, dont la cause peut être attribuée à une tumeur développée derrière cet organe, sans inflammation de ses tissus ou de ceux qui tapissent la cavité orbitaire. On a réservé le mot d'*exophthalmie* à la saillie inflammatoire du globe causée par l'intumescence phlegmasique de ses membranes, à la suite de laquelle, trop volumineux pour être contenu dans l'orbite, il est projeté plus ou moins en avant. On distingue encore sous le nom de *procidence de l'œil* (*ophthalmoptosis*, *proptosis oculi*), le déplacement traumatique du globe, lorsque, par un agent vulnérant quelconque et d'ordinaire obtus, il est chassé au dehors et, pour ainsi dire, luxé; ce qui ne peut avoir lieu sans une solution simultanée dans la continuité de l'un ou de plusieurs de ses muscles.

Quant à l'espèce d'exophthalmos dont je me propose de parler ici, elle s'effectue généralement sans que la vue et le toucher puissent découvrir la moindre tumeur, la moindre inégalité derrière l'œil ou sur ses côtés, dans la partie antérieure de l'orbite ou derrière les paupières. La saillie du globe oculaire mise à part, cet organe paraît occuper sa position normale, sans présenter aucune déviation ni d'un côté ni de l'autre. Cette particularité fait supposer de prime abord que la tumeur qui chasse l'œil en avant doit avoir son siége au sommet de l'orbite, ou être étendue dans tout l'espace de cette cavité qui n'est pas occupé par le globe lui-même. Or, cette dernière disposition ne peut exister sans que le tissu cellulo-adipeux orbitaire soit affecté d'une manière uni-

forme. Cette circonstance, jointe aux symptômes de congestion cérébrale ou cérébro-oculaire chronique qui accompagnent presque toujours cette maladie, m'ont fait présumer de bonne heure que son existence est due à l'une des trois causes suivantes : tantôt à une simple hypérémie concentrée dans l'espèce d'éponge formée par le tissu celluleux de l'orbite, tissu dont la structure et la vascularité le disposent on ne peut plus à une stase sanguine ; tantôt à une véritable hypertrophie de ce même tissu, et enfin, en dernier lieu, à son infiltration œdémateuse. Bien entendu que ces états peuvent se compliquer l'un l'autre, se combiner entre eux. En outre, ainsi que dans tous les tissus et dans tous les organes, il peut quelquefois se présenter ici un état intermédiaire entre la simple hypertrophie et la phlegmasie chronique. Cela constituerait donc une espèce de phlegmon chronique de l'orbite. En raison de la marche très-lente des phénomènes, cette affection se présenterait dans ce cas avec des symptômes obscurs, différant notablement de ceux du phlegmon orbitaire aigu et subaigu. Au sujet de ces dernières maladies inflammatoires, je me dispenserai d'entrer ici dans aucun détail ; j'en ai fait le sujet d'un Mémoire à part que je conserve dans mes cartons depuis près de dix ans, et que je me propose de publier en temps et lieu.

Plutôt que de me livrer à un grand nombre de développements purement théoriques à propos de cette maladie non encore décrite, que je sache, je crois plus avantageux, pour la décrire, d'en rapporter plusieurs observations, en accompagnant les notes complètes que j'en ai conservées de quelques réflexions que j'ai présentées dans les leçons cliniques auxquelles ces cas ont donné lieu.

Obs. I. — *Exophthalmos traité par la médication des tumeurs hétérologues. Premier diagnostic obscur : hypertrophie du tissu cellulo-graisseux orbitaire avec phlegmasie chronique et infiltration séreuse qui s'est propagée jusque dans le tissu des paupières. — Guérison.* — Mme Mo..., ouvrière, âgée de vingt-deux ans, se présente à ma clinique le 9 juin 1844, pour un exophthalmos de l'œil gauche. Il y a un an environ qu'elle s'en est aperçue pour la première fois; l'affection a augmenté plus rapidement depuis six semaines. Actuellement, au premier aspect, la saillie de cet œil est manifeste et choquante. Sa proéminence en dehors de l'orbite s'effectue directement en avant ; elle est de 5 à 6 millimètres environ au delà de la saillie normale de l'œil droit, qui cependant est naturellement volumineux et très-convexe. Le globe oculaire gauche a un peu perdu de sa mobilité dans toutes les directions ; mais ce défaut de mouvement n'est pas plus mar-

qué dans un sens que dans un autre. Quand on exerce sur l'organe une pression d'avant en arrière, il se manifeste un peu de rénitence : la cavité qui le contient paraît plus remplie qu'à l'état normal, et, tout le long de son pourtour, semble laisser déborder son contenu sous forme de bourrelet plus ou moins consistant, qui soulève un peu les paupières et efface en partie le pli palpébral supérieur ; mais sur aucun point particulier le doigt, même le petit doigt, quand on l'introduit entre la circonférence de l'œil et le pourtour de l'orbite, ne peut sentir une tumeur, une inégalité, une accumulation d'une matière quelconque, ou une augmentation circonscrite du tissu graisseux orbitaire. La malade est d'une constitution lymphatique et disposée aux congestions sanguines vers la tête. Elle ne se souvient pas d'avoir jamais eu d'autre maladie que des flueurs blanches, sans autre symptôme de syphilis primitive ou secondaire.

Diagnostic. Cet exophthalmos me semble tenir à une hypertrophie du tissu cellulo-graisseux orbitaire, avec inflammation chronique légère et infiltration œdémateuse. Cette maladie, selon mes observations, est assez fréquemment la cause d'une proéminence plus considérable du globe de l'œil sur les personnes affectées de congestion cérébrale chronique. Pourtant l'exophthalmos est parfois le produit d'une tumeur circonscrite placée au sommet de l'orbite, où elle entoure le nerf optique : elle donne lieu aux mêmes symptômes.

Le *pronostic* est fâcheux, et voici pourquoi : la rénitence, moins grande lorsqu'on essaye de refouler l'œil en arrière, permet sans doute d'espérer qu'il s'agit seulement d'une simple hypertrophie du coussinet adipo-celluleux orbitaire ; cependant on pourrait avoir affaire à une maladie plus grave, si l'affection, au lieu de s'étendre à tout le coussinet, n'occupait que le sommet de l'orbite. Les tumeurs développées dans cette région autour du nerf optique sont presque toujours formées de substance encéphaloïde, et par conséquent se terminent le plus souvent par la mort, même après l'extirpation du tissu morbide ; car, soit qu'on la pratique sans toucher au globe, ou qu'on enlève en même temps cet organe, les mamelons de cette espèce de cancer étant très-difficiles à enlever nettement sans qu'il en reste une petite portion adhérente aux parois de l'orbite, on est presque toujours exposé à voir repulluler le parasite.

Le *traitement*, dans l'une et l'autre supposition, doit consister à appauvrir le sang et à diminuer sa plasticité. On doit également amoindrir la nutrition pour empêcher l'accroissement de la tumeur. On doit enfin stimuler la résorption par tous les moyens

appropriés. L'extirpation n'est pas encore indiquée. En effet, la malade continue à y voir bien, à l'exception d'un léger trouble visuel. La vision n'est donc point assez affaiblie, ni la pupille assez dilatée pour faire croire à une compression très-forte du nerf optique, encore moins à une atrophie ou à une autre altération organique de ce nerf. Il est évident qu'on doit agir tout autrement que dans un cas de cécité absolue avec dilatation et immobilité complète de la pupille; et même, à la grande rigueur, dans ce cas, ne devrait-on avoir recours à l'extirpation de la tumeur et du globe qu'après avoir vainement essayé pendant quelque temps les moyens pharmaceutiques.

Le 9 juin 1844, je prescris quinze sangsues à appliquer aux cuisses après les règles, un purgatif avec un gramme de scammonée, des pédiluves avec du sel et des cendres, des frictions à pratiquer sur le front et les tempes avec l'onguent napolitain, jusqu'à concurrence de 15 grammes, et 5 centigrammes de calomel à prendre le matin pendant quatre jours.

Le 17, l'exophthalmos a considérablement augmenté; en même temps les paupières sont gonflées, rouges et un peu œdématiées; la conjonctive commence à se chémoser. La malade éprouve une douleur assez vive dans la cavité oculaire et derrière le globe. La tumeur a sans doute augmenté, et, si elle est formée par du tissu encéphaloïde, elle s'est compliquée de l'inflammation et de l'infiltration du tissu cellulo-adipeux orbitaire, infiltration séreuse qui s'est propagée aux paupières. S'il n'y a eu qu'hypertrophie avec inflammation chronique de ce tissu, elle a augmenté et s'est compliquée d'infiltration. (Saignée de trois palettes; continuer les autres moyens.) La malade, d'après mon conseil, consulte le professeur Auguste Bérard, qui approuve entièrement le diagnostic et le traitement.

Le 20, l'œdème des paupières a encore fait de très-grands progrès et le globe oculaire est beaucoup plus saillant. Le chémosis séreux forme un bourrelet très-volumineux et très-rouge, qui se replie sur le bord de la cornée. J'excise un large pli de sa moitié inférieure; je fais de nouveau appliquer vingt sangsues au-devant de l'oreille gauche, employer 30 grammes d'onguent napolitain, prendre 5 centigrammes de calomel matin et soir pendant 3 jours, puis un purgatif.

Le 23, le chémosis et l'œdème des paupières ont disparu; le globe oculaire, beaucoup moins saillant, occupe à peu près la place qu'il avait avant le commencement de l'œdème. Je fais suspendre l'usage des préparations mercurielles à cause d'un commencement de salivation. (Purgatif; frictions des gen-

cives avec de l'alun en poudre ; limonade de crême de tartre.)

Le 25, il y a une légère récrudescence des symptômes inflammatoires qui disparaissent de nouveau au bout de quelques jours, après une saignée de trois palettes. On prescrit l'emploi des préparations iodurées que l'on alterne avec les purgatifs. (Eau, 200 grammes ; iodure de potassium, 10 grammes : une cuillerée à bouche deux à trois fois par jour ; — axonge, 15 grammes ; iodure de potassium, 1 gramme, en onctions sur le front, la tempe et la pommette gauche.)

Les souffrances ayant entièrement cessé, la malade, tout en continuant le traitement, ne revient que le 22 juillet, où l'exophthalmos est tellement réduit que le globe oculaire gauche est à peine un peu plus saillant que le droit. Il a repris beaucoup de mobilité dans tous les sens ; ses mouvements sont presque aussi étendus que ceux de l'œil sain ; la vision est à peine un peu troublée. On continue les préparations d'iode ; de temps à autre un purgatif ; plus tard des vésicatoires volants sont promenés sur la nuque et derrière l'oreille gauche. La malade est revenue me voir dans la dernière moitié de l'année 1845 ; la guérison ne s'était point démentie.

De cette observation on peut déduire la règle générale suivante : dans tout exophthalmos où le globe présente une saillie uniforme, sans déviation latérale et sans qu'on puisse sentir aucune tumeur circonscrite derrière l'œil ou sur l'un des côtés, il convient de faire le traitement général des tumeurs hétérologues, c'est-à-dire de combattre l'affection par les antiplastiques, les antiphlogistiques et les dérivatifs, parmi lesquels nous comprenons les purgatifs, en modifiant toutefois ces moyens d'après la constitution du malade et les affections générales qu'il peut présenter.

De plus, nous voyons dans cette observation un exemple de l'obscurité extrême qui enveloppe ces sortes d'affections. Dans les premiers jours où la malade s'est présentée à nous, il nous était impossible de décider si nous avions affaire soit à un hypertrophie du tissu cellulo-graisseux de l'orbite, soit à une infiltration séreuse de ce même tissu, soit à une tumeur quelconque située au sommet de l'orbite, qui assez fréquemment est le siége de l'encéphaloïde. L'issue de la maladie nous fait pencher pour une hypertrophie compliquée de phlegmasie chronique, et qui, au bout d'un certain temps, s'est accrue avec une rapidité assez grande pour donner lieu à la compression des vaisseaux et, par suite, à l'infiltration œdémateuse de la conjonctive et des paupières. Quand bien même la saillie de l'œil aurait eu

pour cause une affection d'un autre genre, le traitement dont on a fait usage n'aurait pu produire que de bons effets. On peut donc le recommander dans tout cas semblable, comme étant rationnel d'une part, et, de l'autre, sanctionné par l'expérience.

Obs. II. — *Exophthalmos commençant de l'œil gauche avec mydriasis; hypertrophie du cœur et congestion du sang vers la tête; par suite, hypertrophie du tissu cellulo-graisseux de la cavité orbitaire. Guérison.*—Mme Me..., couturière, âgée de trente-huit ans, se présente à ma clinique le 21 mars 1839. Du côté gauche, le globe de l'œil semble beaucoup plus saillant que son congénère ; il est dur et paraît un peu plus volumineux. Cependant, après un examen plus attentif, on reconnaît que la cornée de l'œil gauche n'est pas plus grande que celle de l'autre œil, bien qu'au premier aspect elle en ait l'apparence, à cause de la dilatation de la pupille dont le diamètre est presque double de celui de la pupille droite. A travers un diaphragme formé de papier noir dans lequel on découpe une ouverture grande comme la pupille de l'œil sain, quand cet œil est frappé par une vive lumière, la malade voit beaucoup mieux et presque avec netteté; ce qui suffit pour prouver que la dilatation de la pupille est un simple mydriasis et non une amaurose. Il semblerait donc qu'il y aurait une compression du ganglion ophthalmique et du globe oculaire par un développement excessif du tissu cellulo-graisseux orbitaire. Au moins, ne peut-on sentir aucune tumeur circonscrite ni dans la profondeur de l'orbite, ni à sa circonférence entre ses parois et la coque oculaire, qui n'est déviée dans aucune direction, et qui se laisse refouler en arrière moins facilement qu'à l'état normal, mais beaucoup mieux néanmoins que dans les cas de tumeurs circonscrites et dures développées à l'intérieur de cette cavité. Le pli palpébral supérieur est presque effacé ; les deux paupières présentent un certain degré d'élevation entre le globe et le pourtour de l'orbite. Le développement du tissu adipo-cellulaire de cette cavité est probablement consécutif à une congestion sanguine vers l'hémisphère gauche du cerveau, qui paraît due elle-même à une hypertrophie du cœur. Les battements de cet organe sont impétueux, d'une intermittence extrême ; on les entend et, à l'aide de la main appliquée sur le thorax, on les sent dans tout le côté gauche de la poitrine. Je n'y distingue ni bruit de râpe, ni bruit de soufflet ; mais, après avoir ausculté longtemps, je crois entendre un léger bruit qui n'est pas normal. La malade éprouve un tremblement très-marqué dans les extrémités inférieures, de l'oppression, etc. Il lui vient, de temps à autre,

un engourdissement douloureux dans le bras gauche, suite de l'affection du cœur, je le suppose.

Dans le but complexe de diminuer la plasticité du sang, de ralentir la circulation et d'agir sur la sécrétion urinaire, j'administre 30 centigrammes de calomel avec 60 centigrammes de digitale pourprée, en douze paquets, deux par jour; je prescris des frictions d'onguent napolitain dans la région du cœur, une saignée de trois palettes.

La salivation se déclare promptement, et l'amélioration est simultanée. Au bout de huit jours, le mydriasis a complétement cessé, et le globe revient presque à sa grosseur et à sa position normales. Je fais appliquer douze sangsues à l'anus, à cause de la persistance des céphalalgies qui, cependant, ont diminué, et prendre un purgatif.

Le 9 avril, la malade se plaint encore de douleurs aux gencives et de maux de tête. (Douze autres sangsues sont appliquées à l'anus; limonade sulfurique, pédiluves.) Je ne revois plus la malade.

Le 27 décembre 1839, je lui écris, et elle se présente à ma clinique, fort contente de l'amélioration qu'elle a obtenue. Les maux de tête sont rares, les palpitations bien moindres, et la vision est rétablie, bien que la pupille soit encore un peu plus large et moins mobile que celle de l'œil droit. Le globe oculaire gauche n'offre plus aucune saillie anormale et se meut presque aussi aisément que son congénère; l'espace qui existe entre la paupière supérieure et l'arcade sourcilière présente une convexité matelassée par du tissu cellulaire un peu élastique, tandis que le même espace du côté droit est profondément concave. Les règles sont normales, cependant presque toujours un peu en avance. La violente impulsion du cœur et le bruit particulier persistent, bien qu'un peu amoindris.

Je fais continuer l'usage de la limonade sulfurique qui est fort bien supportée et qui soulage les palpitations. Je prescris de temps à autre quelques frictions mercurielles au pourtour de l'orbite et dans la région du cœur, deux fois par semaine un pédiluve irritant, des vésicatoires volants sous le sein gauche, un régime doux.

Cette malade est revenue me consulter de nouveau à la fin de l'année 1845. Cette fois, c'était pour une conjonctivite qui a bientôt cédé aux moyens mis en usage. La guérison de l'exophthalmos ne s'était pas démentie, et le reste de l'engorgement du tissu orbitaire, encore sensible à la dernière consultation que la

malade était venue prendre en 1839, avait complétement disparu.

—Dans cette observation, les signes évidents d'hypertrophie du cœur laissaient moins d'obscurité sur la véritable nature du mal. Il est hors de doute que nous avions affaire à une hypertrophie ou congestion sanguine du tissu adipeux de l'orbite. La compression que subissait le ganglion ophthalmique avait produit un mydriasis symptomatique qui a cédé avec l'affection principale. Notre traitement, dirigé en même temps contre la congestion cérébro-orbitaire et sa cause, l'impulsion trop forte de l'organe central de la circulation, a rétabli la vision et fait disparaître l'exophthalmos. Cependant, le cœur hypertrophié n'a pas été ramené à son état normal. Si nous comparons ce dernier cas au précédent, nous verrons qu'ici la nature de la maladie était plutôt exclusivement sanguine et sthénique ; tandis que, dans la première observation, la constitution lymphatique du sujet avait exercé une influence qui a été heureusement combattue par l'emploi de l'iode.

Il y a peu de temps, j'ai appris que MM. Robert Mac-Donnel et Henry Marsh ont signalé, sans les expliquer ni en donner d'autres détails, la proéminence des yeux et de la glande thyroïde coïncidant avec des palpitations du cœur, sans que la fonction visuelle ait cessé de s'accomplir dans toute son intégrité. Les états pathologiques décrits dans le journal anglais, dont je n'ai pu me procurer l'original, sont très-probablement analogues à la maladie qui fait le sujet de ma dernière observation. Ils ont été sans doute produits par une congestion sanguine de l'orbite. Si M. Mac-Donnel dit « que les yeux étaient augmentés de grosseur *(enlarged)*, » je crois que sur ce point il se trompe, et que le rédacteur de la *Gazette médicale* a parfaitement raison de dire « que, s'il ne s'agissait que d'un exophthalmos, il serait rationnel de l'expliquer par la congestion du réseau vasculaire du fond de l'orbite. »

Postérieurement à ces deux observations, M. Mac-Donnel a été conduit à soupçonner des palpitations chez une dame au seul aspect de la proéminence et de l'égarement des yeux. Nous nous garderons bien de suivre sur ce point l'exemple de cet estimable confrère; nous sommes convaincu que ce serait nous exposer aux erreurs les plus fréquentes et les plus graves. Quand on ne s'est pas borné à examiner un petit nombre d'exophthalmos, on sait que les altérations pathologiques qui déterminent ou constituent cette maladie sont extrêmement multiples et variables ; quelques-unes même, telles que des exostoses des parois de l'orbite situées près de la base de cette cavité, ou des tumeurs

placées à sa partie antérieure, sont reconnaissables sans difficulté et presque au premier coup d'œil.

Nous croyons que l'affection dont nous venons d'entretenir nos lecteurs mérite d'attirer l'attention des praticiens. Bien que jusqu'ici nous manquions de recherches d'anatomie pathologique, les deux cas rapportés par nous nous semblent étayer d'une manière assez solide notre opinion, d'autant plus que le traitement dont nous avons fait usage nous a parfaitement réussi : et tout nous porte à croire que d'autres moyens n'auraient point eu un résultat aussi heureux ni aussi prompt. Plusieurs faits de cette nature se sont offerts à notre observation ; mais soit qu'ils aient été moins concluants et moins satisfaisants, soit qu'ils n'aient rien ajouté à notre expérience sous le rapport de la pratique et de la science, nous n'en avons point tenu note d'une manière si exacte et si complète : toutefois, nous croyons pouvoir le dire, ils nous ont semblé en général confirmer les idées que nous avons émises.

IX. MALADIES SYPHILITIQUES.

17. *Mémoire sur un état inflammatoire simple, se manifestant quelquefois à la suite des accidents vénériens primitifs, et pouvant simuler une syphilis constitutionnelle ;* par M. Diday, chirurgien en chef de l'hospice de l'Antiquaille (hôpital des Vénériens de Lyon).

(Suite : *voir* t. V, mai 1846, p. 164.)

(Gazette médicale de Paris, N° 17, 1846.)

§ II. — *Cause et nature de la maladie.* — Le lecteur n'a peut-être pas attendu jusqu'ici pour se prononcer sur cette partie de la question ; je serais même fort étonné s'il ne lui était pas déjà venu à l'esprit, comme je l'ai eu autrefois moi-même, que tous les accidents dont il vient d'être parlé ne sont que des symptômes d'une infection syphilitique peu grave. Cette manière de voir se présente si naturellement ; elle est celle de tant de malades et de tant de médecins, qu'elle ne peut manquer d'avoir germé dans l'esprit du lecteur comme soupçon, sinon de s'y être établie à l'état de certitude. « Eh quoi ! me dira-t-il, vous avouez qu'un chancre ou une blennorrhagie sont l'antécédent *obligé* de ces symptômes ; vous établissez qu'ils se manifestent de trois à six mois après les phénomènes primitifs (durée ordinaire, également, de l'incubation de la syphilis secondaire) ; vous avez même la

franchise de convenir qu'ils se portent de préférence aux parties que la syphilis consécutive attaque aussi le plus souvent..... Et, malgré tant de points de ressemblance, vous voulez absolument faire de cette collection de symptômes une espèce pathologique distincte! Abandonnez ces prétentions : on n'invente plus des maladies à notre époque. Si *vos* symptômes sont plus légers que ceux de la vérole, cela vient justement de ce que c'est, comme vous le confessez, à la blennorrhagie, forme primitive effectivement moins grave, qu'ils succèdent le plus ordinairement. S'ils guérissent sans mercure, c'est parce qu'une petite quantité de virus comme celle qui les entretient peut très-bien être éliminée spontanément par les seuls efforts de l'organisme, surtout aidés d'un régime adoucissant. Cessez donc d'appeler inflammation une affection que son origine, sa marche, son siége, sa durée, sa ténacité, proclament essentiellement syphilitique. Ce retour aux idées surannées de l'école physiologique n'avance en rien la connaissance du mal, et il ne serait pas sans danger pour son traitement. »

L'objection est pressante, et il est temps d'y répondre. Rien de plus facile, on le voit, en groupant arbitrairement certains signes, en arguant de circonstances habilement présentées, que de donner un moment le change à l'opinion et d'égarer le jugement des praticiens les plus expérimentés. C'est ainsi qu'on pourrait réussir peut-être à faire accepter au premier coup d'œil, comme identité absolue, l'analogie qui, sous quelques rapports en effet, existe entre les symptômes de la vérole constitutionnelle et les accidents que je viens de décrire. Mais cette similitude apparente cache des différences tranchées, dont je vais maintenant indiquer les principales.

1° Quoique le siége de la *fluxion par accès* soit celui que souvent aussi choisit la vérole, l'aspect des lésions n'est jamais le même dans l'un et l'autre cas : dans la *fluxion*, la rougeur n'est point cuivrée, les ulcérations ont un fond rouge, les vésicules ne sont pas cernées d'une aréole de teinte spécifique, les fissures ne creusent pas en profondeur, etc.

2° Un autre signe différentiel très-important se tire de la démangeaison ; elle est, comme je l'ai dit, extrêmement vive et opiniâtre à la suite de la plupart des lésions qui font l'objet de ce travail. Or, tous les praticiens spéciaux savent, au contraire, qu'un des caractères les plus sûrs pour diagnostiquer une éruption syphilitique, c'est l'absence presque constante d'ardeur et de prurit à la surface qui en est atteinte.

3° La marche n'est pas moins opposée dans les deux états. Les

accidents de la vérole constitutionnelle, une fois établis et non traités, persistent ou s'aggravent. Si dans quelques circonstances ils s'effacent spontanément pour revenir ensuite, cela n'a lieu que très-exceptionnellement et après une durée d'au moins quatre ou cinq semaines. Dans le cas de *fluxion par accès*, leur prompte disparition sans traitement n'est pas l'exception, mais la régle, et une règle aussi constante que leur facile récidive.

4° Il est très-positif, j'en conviens, que le vice syphilitique manifeste fréquemment sa présence par des jetées sur les orifices des conduits muqueux ; mais s'il n'est pas traité, en général il ne borne pas là ses effets, et à la longue on voit apparaître des taches sur toute la peau, les tubercules muqueux, les exostoses, l'alopécie, les ulcérations à la surface du corps, les nodus, le testicule vénérien, etc.—Rien de tout cela dans la *fluxion par accès* ; les lésions insignifiantes qui la constituent se renouvellent, se perpétuent, s'éternisent, mais sans jamais envahir d'autres régions ni devenir plus graves.

5° L'invasion de la *fluxion par accès* vers les orifices muqueux ne s'accompagne point de fièvre, de malaise, de douleurs de reins, de lassitude, de maux de tête ; ce qui a souvent lieu lors de la première apparition des symptômes syphilitiques consécutifs. Une seconde différence est que, quelle que soit la durée de cette maladie, on ne voit point s'établir à sa suite cet affaiblissement, cette teinte particulière de la peau, cet aspect *vieilli* de la figure, qu'amène une vérole existant depuis quelques années.

6° Si la syphilis secondaire guérit parfois sans mercure, et si, d'un autre côté, le mercure ne la guérit pas toujours, cela du moins n'arrive que dans la grande minorité des cas ; et, en fait de vérole constitutionnelle récente, la nécessité du mercure existe, et son efficacité, quand on l'administre convenablement, est et demeure la règle. — Bien loin de là, pour les symptômes que je cherche à faire connaître, le mercure ne guérit jamais ; il n'améliore pas davantage, et les cures les plus promptes à obtenir sont celles des malades qui n'en ont jamais pris. Je dois ajouter, par anticipation, que l'iodure de potassium ne réussit pas mieux ici que le mercure et l'or.

Ces six propositions, que je me borne pour le moment à énoncer sous forme générale, ont été vérifiées expérimentalement par moi, et trouvées exactes sur un nombre considérable de malades.

On trouvera peut-être mon langage trop absolu, trop affirmatif ; mais je ne parle ici qu'après trois années d'observation assidue dans un hôpital spécial ; et si je dois m'attendre à voir discuter

et débattre ce qui, dans ce travail, est déductions ou hypothèse, du moins je ne crains pas de démenti quant à ce qui regarde les faits. Or ce sont des faits que je viens de rappeler, faits connus de tous ceux qui ont étudié la syphilis au lit du malade, et qui me semblent très-suffisants pour juger la question en litige. Fort de ces considérations, je pourrais donc répondre : Non, les accidents que j'ai décrits ne sont point ceux de la vérole; leur point de départ est bien le même, mais tout ensuite les différencie et les sépare dans leur marche, leurs symptômes, leur gravité, leur terminaison spontanée et leur susceptibilité à l'action de certains médicaments qui sont spécifiques contre l'une, pernicieux pour l'autre. En en faisant une classe à part, je ne crois pas obscurcir en rien le diagnostic de la maladie vénérienne ; car, pour savoir ce qui est syphilis, ne faut-il pas commencer par connaître ce qui ne l'est pas? Je serais encore moins touché du reproche de compromettre son traitement ; car s'il est un principe promu, par la malheureuse expérience des siècles passés, au rang de vérité démontrée, c'est incontestablement que le mercure nuit toujours plus ou moins dans les cas où il ne sert pas, c'est-à-dire justement dans ceux dont il s'agit, où il n'est point indiqué.

Du reste, en cherchant à élaguer de l'arbre si touffu de la syphilis une branche que l'inattention seule y avait pu laisser greffer, je n'ai en aucune manière la malencontreuse pensée d'invoquer pour la production de tous les accidents de la vérole la même explication, et de les faire considérer tous comme de nature purement inflammatoire. Cette illusion, qui jadis a fait tant de dupes, est aussi loin de mon esprit qu'elle est aujourd'hui loin de notre époque. Il me semble d'ailleurs donner en ce moment même la meilleure preuve de l'orthodoxie de mes principes en semblable matière. En effet, si le dogme de l'existence du virus vénérien pouvait actuellement être attaqué, quels seraient, je le demande, ses plus dangereux ennemis, ou de moi qui élimine avec soin de son domaine tout ce qui logiquement ne mérite pas d'en faire partie, ou de mes adversaires qui voudraient à toute force y retenir une espèce morbide sans rapport aucun de physionomie ni d'essence avec les propriétés si généralement connues de la vérole consécutive?

Après avoir dit ce que la maladie en question n'est pas, il faut maintenant chercher à déterminer ce qu'elle est. C'est donc de sa cause première, de sa nature, que je vais à présent m'occuper; mais ici j'avertis franchement le lecteur que nous sortons de ce qui est à mes yeux démontré, et que, s'il veut me suivre,

ce sera sur le terrain de l'hypothèse. — Je ne chercherai, par aucun artifice de langage, à atténuer la portée de cet aveu, quelque excellentes raisons qu'un auteur pense toujours pouvoir apporter pour cela, et j'entre sans autre préambule en matière.

Toutes les explications qui se sont présentées à mon esprit, ou qui m'ont été suggérées par quelques-uns de mes confrères pour rendre compte des phénomènes précédents, se réduisent aux deux propositions suivantes : ou ces accidents développés à l'anus, à la gorge, aux narines après une maladie vénérienne locale, sont l'effet de la sympathie qui unit ces diverses parties aux organes génitaux ; ou bien ils tiennent à une affection générale de toute l'économie, consécutive elle-même au chancre ou à la blennorrhagie. — Je dois l'avouer, j'hésitai longtemps entre ces deux manières de voir, cherchant alternativement des arguments favorables à l'une et à l'autre, m'ingéniant à mettre en saillie tel fait pathologique, à laisser tel autre dans l'ombre, m'attaquant tour à tour aux phénomènes pour les proportionner à la théorie, et à la théorie pour la mouler sur les phénomènes, faisant en un mot le métier le plus rebutant pour un esprit qui ne veut pas se payer de mots et le plus dangereux en même temps pour la manifestation de la vérité. Je vis enfin que si je n'avançais pas, c'est que je m'étais fourvoyé dans une impasse ; que ces deux explications entre lesquelles je me croyais forcé d'opter ne présentaient en réalité qu'un sens presque identique et surtout parfaitement compatible. Expliquons ceci en deux mots.

Une idée fausse règne assez généralement sur les sympathies morbides, et je m'y étais laissé prendre. On a trop de dispositions à se les figurer comme deux actes, l'un excitant, l'autre excité, auxquels l'organisme sert d'intermédiaire, mais d'intermédiaire passif, sans conserver un souvenir de l'impression qu'il s'est borné à transmettre. Telle n'est pas la vérité, et tel n'est pas non plus le langage des écrivains qui méritent de faire autorité sur la matière. Je n'en citerai qu'un, celui qui a le plus largement, le plus philosophiquement approfondi la doctrine des sympathies : il s'agit de Barthez. Loin de voir dans la sympathie deux actions isolées, s'accomplissant sans influencer le milieu qui leur sert de théâtre, il spécifie expressément le rôle que joue, pendant leur production, l'économie vivante. Sa définition même consacre formellement cette intervention : « Un organe, écrit-il, est dit être en sympathie avec un autre, lorsqu'une certaine impression, *perçue par la cause de l'individualité vitale* (1) dans un

(1) Cette *cause de l'individualité vitale* n'est autre chose que le *principe vital* de l'auteur. Ce que Barthez exprime par ce mot est d'ailleurs assez claire-

de ces organes, détermine cette cause à produire dans l'autre une affection insolite de sensation, de mouvement, ou de quelque espèce que ce soit. » (*Exp. de la doctrine méd. de Barthez*, p. 180.) A quelques pages de là, il énonce encore plus positivement la modification qu'éprouve le système vivant tout entier dans les sympathies : « Suivant Barthez, dit son savant et fidèle analyste M. Lordat (en parlant de l'*influence sympathique* des organes), l'influence de chaque organe est de deux sortes : d'abord, il intéresse le système entier par les fonctions qu'il remplit dans l'économie ; ensuite, il est comme un sens particulier où *le principe de vie ressent d'une manière spéciale les impressions et les lésions que cet organe reçoit :* les sensations vitales qu'elles occasionnent *amènent dans le système des changements subits*, proportionnés au degré d'attention sensitive habituelle de ce principe dans l'organe supposé. » (Ouvr. cité, p. 210.) — Je reproduirai encore ici un passage d'une de nos autorités classiques les plus accréditées, qui abonde dans le même sens : « ..... De même qu'il n'y a point d'effets sans cause, de même il n'y a rien dans l'économie animale qui ne soit dépendant de l'organisation : cette organisation particulièrement contient en elle la raison des sympathies ; et c'est un tort de dire avec Whitt, avec M. Roux, que ce genre de lien est complétement indépendant de toute connexion organique. » (Adelon, *Physiol. de l'homme*, t. IV, p. 317.)

Ainsi donc, pour revenir au sujet de ce travail, soit que *la fluxion par accès vers les orifices* soit l'effet d'une sympathie, soit qu'elle dépende d'une disposition morbide de toute l'économie, on ne peut contester que, d'une manière ou de l'autre, il n'y ait eu dans sa production une modification de l'organisme tout entier. Ces deux conditions : 1° d'une influence sympathique ; 2° d'une perturbation générale, sont aussi essentielles l'une que l'autre dans la recherche qui nous occupe ; car si la première explique pourquoi les phénomènes se développent à l'anus, au gosier, sur la langue, etc., plutôt qu'ailleurs, la seconde n'est pas moins indispensable pour faire comprendre comment s'opèrent les récidives, comment un, deux, trois ans après la guérison d'un écoulement simple, on voit encore reparaître ces lésions vers les

ment rendu par le passage suivant que j'extrais du même ouvrage : « Il faut reconnaître que les actes de la vie sont combinés dans leur simultanéité, disposés dans leur succession, réglés dans leur intensité selon des fins déterminées. Or, une harmonie si parfaite, un rapport si manifeste vers un but qu'il faut atteindre malgré tant d'obstacles contingents, nous forcent d'admettre, dans le système physiologique, un principe d'*unité* ou d'*individualité*, par les mêmes règles de la philosophie naturelle qui ont fait admettre une sensibilité, une force motrice. » (Ouvr. cité, p. 128.)

orifices des conduits muqueux. — A propos de cette affection générale de l'économie dont j'affirme l'existence par le motif puissant qu'elle est indispensable pour rendre raison de tous les faits observés, je dois faire remarquer que certains symptômes généraux mériteraient peut-être de lui être rattachés. Nul doute que les mille et mille sensations bizarres presque constamment accusées dans ces cas par les malades ne fassent partie du tableau de la syphilomanie bien plus souvent que du portrait scrupuleusement tracé d'une affection réelle ; mais peut-être néanmoins doit-on se demander sérieusement si, au fond de leurs plaintes si opiniâtres, si énergiquement accentuées, ne se cachent pas quelques désordres réels. Il y aurait là le sujet de recherches difficiles, mais intéressantes.

Cherchons maintenant à déterminer si l'on peut au moyen de ces deux causes : *influence sympathique* et *état morbide général*, expliquer le siége particulier et constant qu'affectent les accidents dont la description vient d'être faite. Il faut pour cela décomposer le problème et distinguer ce qui appartient à chacun des deux agents auxquels j'ai établi que la maladie doit être attribuée.

1° *Influence sympathique.* — Il ne sera pas besoin de longs développements sur cette première partie. Tout le monde connaît les sympathies étroites et toutes spéciales qui unissent l'appareil génital à l'arrière-gorge, à la région anale, etc. ; tout ce que j'aurais à dire à cet égard a été si bien recueilli, exposé, amplifié par les fauteurs de la doctrine dite physiologique, que je puis, avec avantage pour ma cause, leur laisser le soin de la plaider eux-mêmes en ce qui touche ce point. J'avertis seulement, toujours dans l'intérêt de la cause, que tout en empruntant leurs arguments, je diffère entièrement d'avec eux sur les conclusions à en tirer. Pour ces soi-disant physiologistes, la sympathie était l'agent par lequel ils remplaçaient le virus pour expliquer la production de tous les symptômes de syphilis consécutive ; aussi avaient-ils multiplié à l'excès l'étendue et le pouvoir de cette cause. Outre les sympathies incontestées, admises entre le pôle génital et la gorge, l'anus, la peau, l'appareil salivaire, ils n'avaient pas reculé devant la nécessité d'en créer de nouvelles avec les os, le système fibreux, les glandes, voire même le tissu cellulaire. — Je demande expressément de n'être pas confondu avec cette école. L'existence du virus syphilitique, son absorption, l'intoxication de l'économie par sa présence, la spécificité physiologique, pathologique et thérapeutique de ses effets, sont pour moi des faits parfaitement avérés et certains. Seulement, à

côté de la grande classe des phénomènes syphilitiques constitutionnels, il me semble qu'une place doit être réservée pour les accidents simples que j'ai mentionnés ; et je crois que la sympathie, si souvent alléguée par les partisans de la *non-existence du virus vénérien*, rend un compte très-satisfaisant de la circonstance de leur siége.

Je me borne à ces courtes réflexions, non qu'il me fût difficile de les appuyer sur des observations nombreuses ; mais j'ai pensé que le lecteur me saurait quelque gré de lui épargner ici la répétition fastidieuse de ce qu'il trouvera sans peine dans d'autres ouvrages. Il pourra, à son gré, combler cette lacune en parcourant, par exemple, le livre de M. Richond des Brus, *De la non-existence du virus vénérien*, notamment au t. I, p. 234, puis 260 et suivantes. Il serait difficile de rencontrer ailleurs un tableau plus complet et plus attachant de tous les faits d'observation vulgaire qui témoignent de l'intime liaison, en santé comme en maladie, des organes génitaux avec la muqueuse bucco-pharyngienne, les amygdales, la peau, la marge de l'anus, etc. (V. p. 268.)

2° *Etat morbide de toute l'économie.* — Cette disposition de l'organisme qui contribue à la manifestation des accidents que je décris, n'est pas, à proprement parler, une maladie, puisque la santé générale paraît intacte et n'est légèrement troublée que de loin en loin lors des accès d'éruptions, rougeurs, gerçures, qui se portent vers les orifices. Ce n'est cependant pas non plus la santé ; car la santé n'est point compatible avec de tels désordres, quelque léger qu'en soit l'effet, quelque éloignés qu'en soient les retours. Pour prendre une juste idée de cette situation des forces vitales, on ne peut mieux la comparer qu'à l'état d'un individu sujet à des diarrhées revenant tous les trois ou quatre mois, à un flux hémorrhoïdal périodique, à des épistaxis, à une dartre reparaissant tous les printemps, etc. Tant que l'affection habituelle ne sévit pas, cette personne n'éprouve aucune incommodité appréciable, et sa constitution est bien certainement exempte de tout virus. Est-ce là cependant une santé parfaite ?... Non sans doute. Or, cette position mixte, cet exercice irrégulier des propriétés vitales, cette concentration anormale de l'activité physiologique sur un point particulier, a été appelée *disposition fluxionnaire* par quelques pathologistes. J'adopte cette dénomination qui offre l'avantage de ne pas prétendre expliquer ce qui est inexplicable, et de présenter une image assez frappante du mécanisme du phénomène pour que l'esprit l'admette sans résistance. On voit que je m'arrête volontairement de bonne heure dans la voie périlleuse des interprétations. Je n'ajouterai donc pas un seul mot

sur la nature de cette fluxion; mais il me reste maintenant à tâcher de découvrir pourquoi elle se porte de préférence sur les points du corps où l'observation montre que ses effets se manifestent dans ce cas le plus souvent.

Etant donnée une disposition fluxionnaire de l'économie, a-t-on quelques raisons capables de conduire à prévoir où le mouvement de fluxion doit s'opérer? Question ardue, presque insoluble tant qu'on la maintient dans des termes aussi généraux, mais qui devient plus accessible dès qu'on l'applique à des cas particuliers. Dans l'espèce dont il s'agit ici, les sympathies aident puissamment à trouver le mot de l'énigme; car nous venons de voir qu'elles désignent clairement les endroits où l'activité vitale, pour ainsi dire saturée de fluide, va effectuer sa décharge. Mais en dehors même de ces motifs spéciaux, abstraction faite des rapports sympathiques, il est d'autres causes physiologiques qui, dans le cas dont je traite, concourent aussi à donner à la fluxion la direction et le siége qu'on lui observe. C'est là ce qu'il faut actuellement prouver.

Personne n'ignore que le système muqueux offre une prédisposition notable aux maladies par irritation. On a également remarqué, mais sans y avoir peut-être prêté jusqu'ici une attention suffisante, que de tous les points de ce système, ceux qu'attaquent les inflammations, sinon les plus graves, du moins les plus fréquentes, sont les orifices par lesquels les conduits muqueux s'ouvrent à l'extérieur. Les angines, la stomatite, l'amygdalite, le coryza, les aphthes, l'irritation des gencives, l'ophthalmie, l'herpès *labialis* et *præputialis*, l'eczéma de l'anus, de la vulve, etc., sont bien certainement les affections dont on entend le plus souvent se plaindre autour de soi. Il est de même reconnu par l'expérience vulgaire que ces diverses maladies alternent très-fréquemment entre elles sur le même individu, telle personne ayant été, par exemple, sujette aux ophthalmies dans son enfance, le devenant ensuite pendant la jeunesse aux angines, et dans un âge plus avancé à l'eczéma *podicis* ou *pudendi*. Sous le rapport expérimental, la maladie que je décris dans ce travail n'est donc, on le voit, que la répétition de ce qui se passe journellement sous nos yeux chez certains tempéraments particuliers dans les circonstances ordinaires. Mais s'il n'y a rien par conséquent de bien méritoire à avoir constaté cette prédilection des affections inflammatoires légères pour les orifices, il sera peut-être plus intéressant d'en scruter les raisons. Or, ces raisons sont de deux ordres : anatomiques et physiologiques.

A. Les orifices des conduits muqueux (et sous ce nom, bien

entendu, je comprends non-seulement le cercle mathématique qui constitue l'ouverture, mais aussi la portion du tégument qui lui est adjacente, soit du côté de la muqueuse, soit de celui de la peau) ont une structure qui les rend particulièrement impressionnables aux causes morbides. Des filets nerveux abondants s'y ramifient, nerfs de deux ordres, savoir, les ganglionnaires et les cérébro-spinaux; car ce point est pour les deux systèmes une limite commune, marquant à la fois l'endroit où les nerfs encéphaliques cessent de pénétrer à l'intérieur et celui où les viscéraux cessent d'émerger vers l'extérieur. Mais la limite n'a rien de précis, et elle est moins l'endroit où ils s'arrêtent que celui où ils empiètent l'un sur l'autre.

La disposition des vaisseaux sanguins y est également remarquable, tellement remarquable même qu'on pourrait presque espérer de trouver dans ce seul fait la clef du mystère que nous poursuivons. Quelques détails sont nécessaires pour la bien comprendre. On sait que les membranes muqueuses ont partout immédiatement au-dessous d'elles un réseau serré de vaisseaux capillaires sanguins; la peau offre les mêmes conditions anatomiques. Or, au voisinage des orifices, et par l'effet de la conformation naturelle de ces régions, les replis sont très-multipliés : tantôt deux muqueuses s'adossent; tantôt c'est la peau qui forme une duplicature; tantôt enfin la peau s'applique contre la muqueuse. De toute manière, deux membranes tégumentaires ne peuvent s'unir ainsi face à face sans que pareillement le réseau capillaire sous-jacent à l'une ne s'abouche et ne se réunisse avec celui de l'autre. Par cette fusion des couches capillaires sous-cutanée et sous-muqueuse, les éléments de vascularité sont doublés pour la membrane qui se trouve adjacente à ce point, puisque chaque repli possède ainsi deux réseaux au lieu d'un seul. — Remarquons sans plus attendre que c'est justement sur les replis mêmes, là où cette cause matérielle de congestion est le plus prononcée, que nous avons vu les lésions dont il s'agit se porter de préférence; exemples : le contour de la marge de l'anus, le prépuce avec ses deux feuillets si intimement juxtaposés, les piliers et le voile palatins, les *bords* de la langue, la partie de la muqueuse buccale *immédiatement* contiguë aux gencives, le cercle extérieur des narines. Ces circonstances, très-significatives, ce me semble, ont d'ailleurs été déjà signalées dans la première partie de ce travail.

Enfin, la peau adjacente aux orifices muqueux (laquelle devient quelquefois le siége de la fluxion) est généralement plus fine, plus ténue que celle du reste du corps, et partant plus im-

pressionnable aux mêmes agents irritants qui ailleurs passeraient sans laisser de traces.

Je noterai encore que les orifices constituent toujours une portion rétrécie de la cavité dont ils font partie. Cette circonstance fait qu'ils sont plus exposés à être excoriés ou simplement irrités par le contact et le frottement réitéré des matières auxquelles ils sont destinés à livrer passage.

B. Si j'examine maintenant les propriétés et les fonctions des parties formant orifice, j'y trouverai encore amplement de quoi expliquer la multiplicité de leurs maladies. Et d'abord, les deux sortes de nerfs qui s'y répandent leur communiquent deux sensibilités différentes, sans compter l'excitabilité *sensorielle* spéciale dont plusieurs d'entre elles sont les agents. De cette foule d'attributions, doit-on s'étonner qu'il résulte une foule de stimulations extranormales, et conséquemment une foule de maladies?

Par leur situation topographique même, les membranes qui revêtent ces orifices attirent, non moins fortement que par leurs fonctions, les causes morbifiques. S'ouvrant à l'extérieur, elles souffrent à chaque instant de l'humidité et de la froideur de l'atmosphère, du frottement des vêtements, de l'action des corps extérieurs. Quant aux fonctions, la mastication, la déglutition, la parole et le chant, la défécation, la copulation, le moucher, n'exercent-ils pas, à chaque instant de la vie, sur les muqueuses buccale, palato-pharyngienne, linguale, de l'anus, du prépuce, de la vulve, des narines, une série habituelle d'excitations et de frottements qui n'ont pas besoin de s'exagérer beaucoup pour revêtir le type de causes irritantes? Qu'on joigne à cela les écarts nés de la civilisation, les coutumes de fumer, de priser, de *chiquer*, l'usage des lavements, des odeurs fortes, des alcooliques, des aliments épicés, du cure-dent, des poudres dentifrices, les dépravations de l'acte génésique, les exercices de vocalisation ou de déclamation, les travaux qui exigent la station assise, etc., etc. Et qu'on dise si la nature n'a pas, en quelque sorte, voulu exposer les orifices aux plus fréquentes maladies, en laissant au pouvoir de l'homme et de ses caprices des parties si surabondamment douées de toute espèce de sensibilité?

Il est une autre espèce d'influence toute vitale qui appelle encore sur les orifices une nouvelle somme de principes morbifiques : c'est la propriété qu'ils possèdent de servir à la fois d'aboutissant et de point de départ à la sensibilité de tout l'appareil dont ils constituent l'entrée. Ainsi, d'un côté, une affection de la vessie se traduit par de la douleur ressentie à l'extrémité du pénis ; une gastro-entérite chronique donne lieu à des

aphthes, au fendillement de la langue. D'autre part, si l'on veut déterminer le vomissement, c'est en titillant la luette; une personne est-elle frappée d'asphyxie, on s'adresse immédiatement à la sensibilité de la pituitaire. Les effets d'un suppositoire, ceux de l'excitation du gland et du prépuce, n'ont pas besoin d'être exposés en détail. Tout récemment, Paris n'a-t-il pas laissé un praticien s'enrichir aux dépens de ceux qu'il traitait de toutes affections nerveuses en leur cautérisant le gosier? — Ces divers ordres de faits, dont je ne cite que quelques exemples, mettent en relief une double cause, source féconde d'irritation pour les régions terminales des membranes muqueuses. Par leur extrême susceptibilité morbide, les orifices ne font, on peut le dire, qu'expier leur privilége d'être les excitants naturels des appareils importants dont ils forment l'entrée.

Dans les considérations qui précèdent, il y a sans doute beaucoup de faits et de conséquences qui m'ont échappé. Ne voulant pas traiter *in extenso* un sujet qui ne se rencontrait qu'incidemment sous ma plume, j'ai dû nécessairement laisser en oubli des circonstances qu'une description plus méthodique recueillera sans peine. Je m'estimerais heureux si cette ébauche imparfaite donnait à quelqu'un l'idée de traiter le sujet *ex professo* et valait à la science une bonne monographie sur les *maladies des orifices muqueux*, considérées d'un point de vue d'ensemble.

Je reviens à mon sujet, et je conclus :

1° Que la *fluxion par accès vers les orifices muqueux* est l'effet d'une disposition générale, d'un état morbide spécial de toute l'économie;

2° Que les accidents vénériens primitifs dont elle est la suite contribuent, par les sympathies particulières qu'ils développent, à réaliser chez les sujets prédisposés cet état fluxionnaire, et à en diriger de préférence les jetées vers tel ou tel siége;

3° Qu'en somme, cette maladie n'est point la vérole, mais un état général, toujours simple, quoique pouvant durer très-longtemps, et sans gravité aucune quant au pronostic.

(*La fin à un prochain numéro.*)

---

18. *Mémoire sur le testicule syphilitique;* par le docteur J. Hélot, de Rouen.

(Suite et fin : *voir* t. V, mai 1846, p. 171.)

(Journal de Chirurgie de M. Malgaigne, mai 1846.)

Diagnostic. — Après ce que nous avons dit du début, de l'évolution, de la marche et de la terminaison du testicule vénérien,

il serait facile d'en induire les caractères distinctifs des autres affections de cet organe. Néanmoins, pour rendre ces données plus pratiques, précisons davantage la valeur séméiotique des symptômes et des lésions, et ne dissimulons pas les difficultés réelles qui peuvent se présenter dans quelques circonstances.

On sent d'abord les difficultés premières qui naissent de l'interrogation de la plupart des malades, et le peu de lumières qu'ils nous donnent ordinairement à ce sujet. Et cependant il est toujours de la plus haute importance de bien établir ces antécédents; car les renseignements tirés de symptômes syphilitiques antérieurs pourront singulièrement aider le chirurgien dans les cas embarrassants, où les caractères anatomiques de la lésion ne seraient pas assez tranchés pour lui permettre de se prononcer sur la nature de l'affection.

Quelles sont les affections du testicule qu'on pourrait confondre avec le testicule syphilitique?

Tout d'abord se présente l'affection blennorrhagique du testicule.

Qu'on ne s'attende pas qu'à propos d'une affection j'aille reproduire ici toute la discussion qui serait nécessaire pour établir la distinction nosologique de la blennorrhagie et de la syphilis; mais comme dans la blennorrhagie et la syphilis se rencontre une affection testiculaire, nous avons besoin de rechercher les caractères distinctifs de l'une et de l'autre.

Le début des deux affections et leur époque d'apparition constituent déjà une distinction radicale. Dans l'épididymite blennorrhagique, l'invasion se fait brusquement, avec le cortége ordinaire des phlegmasies aiguës. L'épididymite blennorrhagique se montre pendant la durée de la blennorrhagie, ou au moment même de sa suppression. Par opposition, le début du testicule vénérien est essentiellement chronique; sa manifestation ne se fait, comme nous l'avons vu, qu'à une époque beaucoup plus éloignée de l'accident primitif de la syphilis, et constitue une affection consécutive. Donc l'orchite blennorrhagique et le testicule vénérien sont deux affections distinctes, à moins que l'une ne soit la terminaison de l'autre; mais l'évolution, la marche, les lésions et la terminaison distinctes dans les deux affections, sont en opposition formelle avec cette supposition.

Dans l'affection syphilitique du testicule, cet organe est constamment envahi dès le début par l'hypertrophie; dans l'épididymite, au contraire, le testicule conserve d'ordinaire sa souplesse, son volume et son élasticité normale; l'épididyme est surtout affecté, et si, par exception, le testicule participe lui-même à

l'inflammation, il en résulte une tumeur d'autant plus inflammatoire, qui contraste mieux avec la marche chronique du testicule vénérien. Dans l'orchite blennorrhagique, la tumeur est douloureuse, la peau des bourses est souvent rouge, luisante, tendue ; le canal déférent, lorsqu'il participe à l'affection, est douloureux au toucher ; dans le testicule syphilitique, la tumeur est indolente, le plus ordinairement, depuis le début jusqu'à la terminaison, et le toucher ne détermine aucune douleur lorsqu'on comprime le testicule, et même le cordon lorsqu'il est affecté.

Le signe anatomique de la lésion n'est pas le même dans les deux affections : ainsi, dans l'affection blennorrhagique du testicule, c'est toujours par l'épididyme qu'elle commence, et le plus ordinairement le corps du testicule lui reste étranger : c'est exactement le contraire dans l'affection syphilitique de cet organe.

Nous avons vu qu'au début l'affection syphilitique du testicule était caractérisée par le développement de plaques d'induration : comme ces noyaux peuvent se montrer très-exceptionnellement, il est vrai, dans l'épididyme, il faut prendre garde de les confondre avec l'induration, qui persiste quelquefois longtemps après l'orchite blennorrhagique. Celle-ci diminue avec le temps, ou du moins n'augmente pas, ne s'étend pas au testicule, et finit même souvent par disparaître. Lorsque cette induration de l'épididyme persiste, elle forme un petit noyau appendu à l'épididyme, et n'a aucune suite fâcheuse ; cette induration est donc un mode de terminaison de l'orchite blennorrhagique. Dans le testicule vénérien, lorsque le début se fait par plaques d'induration, si, par exception, une plaque d'induration se rencontre dans l'épididyme, il en existe d'autres dans le corps même du testicule, et on les voit bientôt se rapprocher et se confondre de manière à former une tumeur uniforme, régulière. Le testicule vénérien commencerait donc quelquefois par où se termine l'épididymite blennorrhagique.

On peut rencontrer l'induration blennorrhagique de l'épididyme confondue avec l'induration syphilitique du testicule ; mais ce fait établit-il la communauté de nature des deux affections ? Non assurément ; car deux maladies peuvent affecter successivement le même organe, et un testicule, dont l'épididyme a été affecté par la blennorrhagie, peut présenter plus tard les caractères du testicule syphilitique, à la condition que le malade ait été atteint de syphilis. Il n'en est pas moins vrai que l'affection syphilitique du testicule ne se porte en aucune manière de préférence, que je sache du moins, sur l'organe qui a été antérieurement affecté par la blennorrhagie ; et il n'est pas rare, comme nous l'avons dit

plus haut, de rencontrer, par exemple, un testicule syphilitique à droite, tandis qu'à gauche on trouve dans l'épididyme une induration consécutive à une ancienne orchite blennorrhagique.

Voici, du reste, le résumé d'une observation empruntée aux *Annales de la Chirurgie française et étrangère*, et reproduite par M. de Castelnau dans son mémoire inséré dans les *Annales des Maladies de la peau*. Cette observation bien interprétée confirme la distinction que nous avons posée.

Obs V. — Le nommé C... eut plusieurs blennorrhagies, dont la première remonte à 1835. Il survint alors une épididymite qui fut traitée par la compression ; la résolution ne fut pas complète, il resta au bas et en arrière de l'épididyme une petite tumeur. Huit mois après, C... contracta la syphilis, caractérisée par un chancre rongeant du frein et un chancre induré du gland. Un traitement mercuriel fut prescrit : le malade prit soixante pilules de proto-iodure de mercure. En 1837, nouvelle gonorrhée, nouveau gonflement du testicule gauche ; engorgements ganglionnaires inguinaux dont on obtient la résolution. Quelques jours après survint une nouvelle gonorrhée.

On observa en même temps une affection syphilitique consécutive de l'anus. Le malade suivit un traitement mercuriel. En 1841 apparurent de nombreuses ulcérations au cuir chevelu ; on employa les pilules de Dupuytren. Sept ou huit mois après, le testicule gauche s'engorgea peu à peu et forma une tumeur du volume d'un gros œuf. On prescrivit des frictions mercurielles, et l'iodure de potassium fut administré à l'intérieur. Pour guérir le malade de l'épanchement qui existait dans la tunique vaginale, une ponction avec injection de teinture d'iode fut pratiquée. Après la disparition des symptômes inflammatoires, le 5 février, on constata que l'épididyme et le testicule étaient confondus dans une seule et même tumeur, dure, non douloureuse, même sous une pression assez forte. Le cordon spermatique était sain. Le malade éprouvait plus particulièrement la nuit que le jour des douleurs vagues dans les os.

Il prit successivement six bouteilles d'iodure de potassium à 36 grammes, en même temps qu'on continuait les frictions mercurielles, et sortit de l'hôpital dans l'état le plus satisfaisant : il ne restait plus qu'une petite *dureté à la queue de l'épididyme qui n'était pas de la grosseur d'un pois.*

— Cette observation nous paraît très-concluante : le malade qui en fait l'objet avait eu plusieurs blennorrhagies et plusieurs épididymites : il en était résulté l'induration définitive si ordinaire de l'épididyme. Le malade qui, d'autre part, avait eu la syphilis,

fut affecté d'un testicule vénérien dont le traitement mercuriel et ioduré triompha ; mais après la guérison complète de l'affection syphilitique du testicule, l'induration chronique de l'épididyme due à la blennorrhagie, et qui existait avant que la syphilis eût affecté le testicule, persista encore après la guérison de l'affection syphilitique. D'où il faut nécessairement conclure que la marche de l'une et de l'autre affection est complétement distincte, et que le traitement de l'une n'est pas le traitement de l'autre : il est donc très-important de ne pas le confondre, comme l'ont fait quelques auteurs. En ce qui concerne le cas que nous venons de citer, dira-t-on que cet engorgement syphilitique n'est dû qu'au progrès et au développement de l'induration qui a persisté après la première épididymite? Mais rien ne le prouve : ce qu'on peut en induire, c'est que cette induration de l'épididymite blennorrhagique n'est point un obstacle au développement de la tumeur syphilitique du testicule.

D'après ce que nous venons de dire, il est impossible de ne pas reconnaître qu'il existe une distinction radicale entre l'affection blennorrhagique du testicule et l'affection syphilitique du même organe ; et l'assertion contraire de M. de Castelnau (*Annales des Maladies de la peau*, juin 1844) ne nous paraît pas fondée. Cet écrivain cherche à établir que le testicule vénérien n'est que la période chronique de l'orchite blennorrhagique ; il admet néanmoins que, dans certains cas, on voit survenir, après un temps plus ou moins long, chez des malades ayant eu la blennorrhagie, un testicule syphilitique, bien que pendant la durée de l'écoulement il ne se soit point montré d'orchite aiguë. Pour M. de Castelnau, le testicule syphilitique ne serait alors qu'une orchite blennorrhagique primitivement chronique. Dans cette hypothèse, il y aurait donc identité de nature entre l'orchite blennorrhagique et le testicule syphilitique, ce qui nous paraît tout à fait inadmissible.

Que le testicule syphilitique reconnaisse pour *symptôme primitif* une blennorrhagie, à la condition que celle-ci ait été *syphilitique*, c'est un fait incontestable et incontesté ; mais de là à cette autre affirmation que tout testicule vénérien est sous la dépendance exclusive d'une blennorrhagie antérieure, il y a loin : cette proposition aurait besoin d'une démonstration directe, et nous n'avons pu la trouver dans le Mémoire de ce chirurgien, qui s'appuie sur l'observation suivante, dont je ne présente que le résumé.

Obs. VI. — Le nommé B... eut une blennorrhagie il y a six ans ; elle dura dix-huit mois, ne fut jamais douloureuse, et gué-

rit sans traitement. Six mois après survinrent des ulcérations chancreuses du prépuce et du gland. Le malade suivit un traitement mercuriel ; il dit avoir eu dans la bouche une ulcération syphilitique que son médecin cautérisa plusieurs fois. Enfin, le testicule gauche s'engorgea : en quatre mois il acquit un volume énorme, et le malade entra dans un hôpital militaire. L'ablation de cette tumeur lui fut faite en avril 1841. Deux ans après apparut un nouvel engorgement du testicule droit. Depuis le mois d'août 1843, cet engorgement acquit assez vite le volume des deux poings. Sous l'influence d'un traitement antisyphilitique, on vit une amélioration rapide se faire. — Inutile d'insister plus sur les détails.

Dans ce fait, nous trouvons que le malade qui fut amputé d'un testicule syphilitique, et qui guérit ensuite d'une affection semblable développée dans l'autre, avait eu antérieurement une blennorrhagie ; mais l'observation dit également qu'il avait eu des chancres : en conséquence, pourquoi ne point tenir compte des chancres et rapporter tout à la blennorrhagie? Le testicule syphilitique ne pourrait-il jamais se montrer à la suite des chancres?

Pour ceux même qui admettent que la blennorrhagie n'est autre chose qu'un symptôme primitif de vérole, comme l'est le chancre, le testicule syphilitique et l'épididyme blennorrhagique n'en seraient pas moins deux affections distinctes, sinon dans la nature, du moins par l'époque de leur apparition, leurs symptômes, leur marche et leur terminaison ; et il est certain qu'alors qu'il s'agit de les traiter, toute confusion théorique disparaît.

L'hydrocèle, lorsqu'elle est simple, sera toujours facile à distinguer du testicule syphilitique. La forme de la tumeur, son développement ordinairement considérable, la transparence, la fluctuation, l'élasticité, mettront le chirurgien à l'abri de toute erreur. Du reste, dans l'hydrocèle, il est ordinairement facile d'apprécier par le palper l'état du testicule. Dans quelques circonstances, cependant, la distension considérable de la tunique vaginale empêche complétement de reconnaître l'état de cet organe, et ce n'est qu'après qu'on a pratiqué la ponction qu'on peut déterminer si le testicule est induré et plus gros ; si enfin on a affaire à une hydrocèle vraie ou bien à un épanchement symptomatique d'une affection du testicule. Nous devons dire néanmoins que l'épanchement de la tunique vaginale, dans le testicule syphilitique, est en général trop peu considérable pour qu'il soit possible de reconnaître d'une manière précise que le testicule hypertrophié et induré entre pour une part plus ou moins considérable dans le volume de la tumeur. En recherchant la transparence, l'étendue

de l'ombre projetée par le testicule peut approximativement en faire apprécier les dimensions.

Mais il est une autre variété d'hydrocèle désignée par Pott, Boyer, M. Velpeau et plusieurs autres, sous le nom d'hématocèle qui pourrait plus facilement induire en erreur. En effet, dans ces cas, la nature du liquide, plus ou moins analogue à une dissolution de chocolat, empêche la transparence. L'épaississement de la tunique vaginale, qui quelquefois est tel qu'elle a la dureté et la résistance d'un cartilage, ôte à la tumeur cette souplesse, cette élasticité si caractéristique dans l'hydrocèle simple. On a vu la tunique vaginale acquérir une épaisseur de quatre, cinq et six lignes. Eh bien! même dans ces cas, la tumeur est malgré tout plus souple, plus élastique que ne l'est le testicule syphilitique; elle cède toujours plus ou moins sous la pression des doigts, et il est assez facile de reconnaître que toute la tumeur n'est pas solide comme l'est le testicule syphilitique, dont la dureté est plus franche, plus profonde, plus générale. Le volume de la tumeur peut aussi éclairer le diagnostic; car, en général, l'hématocèle, avec ou sans épaississement de la tunique vaginale, acquiert des dimensions doubles ou triples de celles auxquelles peut arriver le testicule syphilitique. Outre cette fluctuation obscure de l'hématocèle, qui dénote à une main exercée la présence d'un liquide contenu dans une enveloppe cartilagineuse épaisse, le toucher fait reconnaître en un des points de la circonférence de la tumeur, ordinairement en arrière, la présence du testicule qui, lorsqu'on le presse, donne au malade une douleur semblable à celle que déterminerait la compression du testicule du côté opposé. En ce point de la tumeur occupé par le testicule, on trouve en outre, dans quelques cas, plus de souplesse, plus d'élasticité; cette sensation est produite par le corps du testicule, non recouvert par la tunique vaginale hypertrophiée. Dans le testicule syphilitique, au contraire, non-seulement la compression de l'organe ne détermine d'ordinaire aucune douleur; mais encore lorsque, dans l'affection syphilitique testiculaire, il existe un épanchement vaginal, c'est le point de la tumeur où se trouve le testicule qui présente le plus de dureté et de résistance.

Du reste, le début et le développement de l'hydrocèle se font d'une manière toute différente : en effet, le testicule y reste longtemps distinct et facilement appréciable; tandis que, dans le testicule vénérien, c'est l'organe lui-même qui se développe, et lorsque survient un épanchement de la tunique vaginale, il n'est que consécutif.

Je ne puis mieux faire que de rapporter ici l'observation d'un

malade qui portait à droite un testicule vénérien, et que j'ai dû opérer d'une hydrocèle volumineuse avec épaississement considérable de la tunique vaginale, qui s'était développée à gauche.

Testicule syphilitique à droite, hydrocèle volumineuse avec épaississement de la tunique vaginale à gauche.

Obs. VII. — M. R..., commandant la station militaire de Cayenne, d'une bonne et forte constitution, avait eu dans sa jeunesse des chancres du prépuce et du gland, et jamais de blennorrhagies ; ses chancres, qui s'étaient accompagnés de bubons indurés, dont la terminaison s'était faite par résolution, durèrent trois mois. Le malade fut traité alors par les mercuriaux. Aucune éruption consécutive ne se montra. Quelques années après, M. R... s'aperçut d'un gonflement testiculaire à droite, qu'il attribua à quelques contusions légères qu'il avait pu se faire en montant à cheval. Mais comme la tumeur était complétement indolente, qu'elle n'augmentait pas de volume d'une manière notable, il se contenta de porter un suspensoir et ne fit aucun traitement.

Cette tumeur existait déjà depuis trois ou quatre ans, lorsque le malade vit s'en développer une autre dans les bourses du côté gauche. C'est alors qu'il consulta un chirurgien. Une hydrocèle de la tunique vaginale fut constatée, et quelques mois après M. R... se décida à l'opération. La ponction fut pratiquée et une injection iodée fut faite. La tumeur se reproduisit avec les symptômes inflammatoires ordinaires ; mais l'épanchement reproduit ne fut point résorbé : il n'y eut aucune résolution, et la tumeur persista plus volumineuse et plus dure qu'elle n'était avant l'opération.

Le malade découragé ne voulut point alors recourir à une nouvelle opération, et conserva sa double tumeur des bourses jusqu'au mois d'août 1842, époque à laquelle il vint à Paris.

Il consulta M. le docteur Charmasson, qui me fit voir le malade et me pria de l'opérer. M. le professeur Récamier fut appelé en consultation, et voici ce que l'examen nous permit de constater :

A droite existait une tumeur évidemment formée par le testicule ; aucun épanchement n'existait dans la tunique vaginale de ce côté ; le canal déférent était sain, mais peut-être un peu plus gros qu'à l'état normal. Il était impossible de distinguer l'épididyme, et le testicule, uniformément dur, était au moins trois fois plus gros qu'il ne devait être ; il ne présentait aucune élasticité. Toute la tumeur semblait également dure et résistante ;

elle était légèrement aplatie dans le sens transversal. La forme primitive du testicule était conservée. En effet, la tumeur était oblongue, piriforme, à grosse extrémité tournée en bas.

Interrogé sur les variations de volume qu'avait pu subir cette tumeur depuis les huit ou neuf ans qu'elle existait, M. R... nous dit qu'elle avait quelquefois, sans cause connue et appréciable[1], diminué d'un tiers et même de moitié; mais qu'alors même le testicule restait dur; que cette tumeur reprenait ensuite lentement son volume, et qu'elle n'avait jamais été plus grosse qu'aujourd'hui.

Voici maintenant les caractères que présentait la tumeur du côté gauche : elle était grosse comme un petit œuf d'autruche, arrondie, piriforme, à grosse extrémité en bas, dont le sommet arrondi remontait jusqu'au niveau du canal inguinal ; le cordon spermatique était sain ; la tumeur, lourde, était résistante au toucher, pourtant elle se laissait déprimer ; on ne sentait point de fluctuation, mais une élasticité remarquable qui permettait d'affirmer qu'elle n'était point entièrement solide. La pression ne déterminait point de douleur. En arrière, dans une étendue de trois centimètres environ en tous sens, on sentait plus d'élasticité, et nullement cette dureté corticale du reste de la tumeur. La pression, en ce point, déterminait une sensation analogue à celle que produit la compression d'un testicule sain. Il n'y avait aucune transparence dans la tumeur. Le malade avait encore de temps en temps des érections et pouvait remplir le devoir conjugal. Nous diagnostiquâmes, M. le docteur Charmasson et moi, *un testicule syphilitique à droite, et une hydrocèle avec épaississement de la tunique vaginale à gauche.* M. Récamier ayant approuvé de tout point notre diagnostic, l'opération fut décidée et exécutée de la manière suivante :

Le malade étant couché comme pour l'opération de l'hydrocèle, une ponction fut faite avec un trois-quarts, afin de s'assurer de la présence du liquide et de sa nature. Une quantité considérable de liquide, analogue à une dissolution de chocolat, sortit, mélangée de grumeaux fibrineux, qui, en s'engageant dans la canule, suspendaient l'écoulement. Alors la canule du trois-quarts ayant été retirée, un bistouri droit fut plongé dans la tumeur au niveau de la réunion des quatre cinquièmes inférieurs avec le cinquième supérieur. L'incision fut prolongée du même coup jusqu'à la partie la plus déclive de la tumeur. La tunique vaginale était tellement épaisse, que la tumeur, après cette incision, ne s'affaissa en aucune manière : les deux bords de l'incision rapprochés ne laissaient écouler que peu de liquide. La peau des bourses fut disséquée de chaque

côté dans une assez grande étendue, et deux segments considérables de tunique vaginale furent enlevés avec de forts ciseaux ; la tunique vaginale n'avait pas moins de quatre lignes d'épaisseur. Le reste du liquide et des grumeaux fibrineux fut retiré avec le plus grand soin. Deux ou trois petites artères qui donnaient du sang furent liées ou tordues. Nous constatâmes alors la présence du testicule en arrière ; il était un peu aplati, mais du reste souple et élastique comme dans l'état normal. N'ayant pas jugé convenable d'enlever plus que les deux tiers environ de la tunique vaginale hypertrophiée, nous introduisîmes de la charpie sèche jusqu'au fond de la plaie, de manière à ne pas permettre à la peau des bourses de s'y engager en se repliant sur elle-même, et le malade fut couché sur un lit que nous avions préparé de manière à pouvoir soumettre les bourses à une irrigation continue. Le malade fut soumis à une diète sévère, et ne prit que des boissons délayantes pendant plusieurs jours. La suppuration s'étant établie sans accidents, sans réaction fébrile très-prononcée, l'irrigation fut suspendue. Le reste de la tunique vaginale fut éliminé par la suppuration ; la plaie marcha ensuite d'une manière très-régulière à la cicatrisation, qui était à peu près complète au trentième jour de l'opération.

Pendant ce temps, la tumeur syphilitique du testicule droit diminua encore une fois, comme elle l'avait déjà fait précédemment, de plus d'un tiers, bien qu'aucun traitement spécifique n'eût été suivi jusqu'alors. L'iodure de potassium fut prescrit au malade ; un emplâtre de Vigo *cum mercurio* fut appliqué sur les bourses, et la résolution de cette tumeur continuait à se faire, quoique lentement, lorsque nous avons perdu de vue ce malade.

— L'affection scrofuleuse du testicule pourrait, dans certains cas, être confondue avec le testicule syphilitique, et le diagnostic peut quelquefois présenter de grandes difficultés : ainsi, par exemple, un malade ayant eu des antécédents syphilitiques, peut être affecté d'un testicule scrofuleux. Quels sont les caractères, tirés de la tumeur, qui peuvent éclairer le diagnostic de l'une et de l'autre affection ? Et d'abord, dans le testicule scrofuleux, il y a deux variétés de tumeur : l'une formée par l'infiltration tuberculeuse de tout l'organe, l'autre formée par le développement de tubercules enkystés, soit dans l'épididyme, soit dans le corps même du testicule.

Nous avons vu que, dans le testicule vénérien, l'épididyme est bien rarement affecté : dans l'affection scrofuleuse, au contraire, l'altération commence d'ordinaire dans l'épididyme, et ne s'étend

que secondairement au corps même du testicule. Le testicule scrofuleux se développe par bosselures isolées ; mais ces bosselures sont bientôt marronnées, très-saillantes, tout à fait en relief, comme appendues à l'épididyme ou au testicule ; les indurations qu'on observe dans le testicule syphilitique sont presque tout entières dans le corps même de l'organe. Malgré ce caractère tiré du siége de l'affection, plus souvent épididymaire dans la scrofule, plus souvent testiculaire dans la syphilis ; malgré la forme des bosselures qui présente d'ordinaire des différences tranchées dans l'une et dans l'autre affection, cependant leur distinction peut offrir souvent une difficulté réelle, surtout au début ; mais elle devient plus facile lorsque la tumeur a acquis un certain volume. Ainsi, dans l'affection syphilitique, lorsque l'induration est complète, le testicule est uniformément dur, et l'hypertrophie est souvent si peu considérable, que déjà on ne retrouve plus d'élasticité dans l'organe ; dans l'affection scrofuleuse, au contraire, les bosselures, lorsqu'elles existent, en se développant, en devenant plus saillantes, perdent souvent de leur dureté primitive, et l'on retrouve dans les autres points de l'organe certaines parties qui ont conservé leur élasticité normale. Dans l'infiltration tuberculeuse du testicule, la tumeur est plus régulière, plus uniformément arrondie, se rapproche davantage de l'affection syphilitique ; mais la dureté est moins franche, le testicule conserve une certaine souplesse qui tranche avec cette dureté cartilagineuse du testicule syphilitique : du reste, il est rare qu'alors que le testicule est infiltré de tubercules, le corps de l'épididyme ne présente pas en même temps des bosselures à différents degrés, depuis l'induration jusqu'au ramollissement suppuratoire. Nous avons vu que, dans le testicule vénérien, le canal déférent restait ordinairement à l'état normal ; qu'alors qu'il s'hypertrophiait, il augmentait de volume d'une manière régulière dans toute son étendne ; qu'il ne présentait point de bosselures et d'inégalités ; tandis que, dans l'affection scrofuleuse, surtout lorsqu'elle est avancée, il n'est pas rare de trouver le canal déférent mamelonné, représentant assez bien des grains de chapelet. Bien que la marche de l'une et de l'autre affection soit essentiellement chronique, cependant elle présente encore des différences utiles à considérer au point de vue du diagnostic. Ainsi, le testicule vénérien est plus indolent que le testicule scrofuleux, qui présente de temps en temps des mouvements inflammatoires caractérisés par un sentiment de tension, de douleur, que développe et qu'exaspère le toucher. La terminaison ordinaire par résolution du testicule vénérien, op-

posée à la suppuration si caractéristique et si fréquente des tubercules, est aussi très-importante à noter.

Le testicule syphilitique est souvent difficile à distinguer de l'affection cancéreuse de cet organe : combien de tumeurs du testicule ont été emportées par des opérations, et qu'on aurait pu amener à une résolution complète si on en avait soupçonné la nature ! Le développement rapide de la tumeur dans l'encéphaloïde du testicule, son volume plus considérable, sa mollesse qui en impose souvent pour de la fluctuation, l'inégalité de la résistance qu'elle présente, les douleurs lancinantes qui se montrent quelquefois, contrastent avec cette dureté régulière, indolente du testicule syphilitique, dont l'accroissement a des limites plus restreintes. Le canal déférent, dans l'affection cancéreuse du testicule, est souvent bosselé, dur et inégal, et nous savons combien est rare même l'hypertrophie régulière du canal déférent dans le testicule syphilitique ; l'engorgement des ganglions de la fosse iliaque s'observe aussi quelquefois dans l'affection cancéreuse de cet organe, et il n'en est rien dans celle qui nous occupe.

Les auteurs, et Astley Cooper en particulier, ont décrit sous le nom de squirrhe du testicule une variété de cancer qu'il serait plus facile de confondre avec le testicule vénérien, parce que son développement est plus lent que dans l'encéphaloïde, qu'il présente dès le début des duretés inégales ; mais ces duretés, ces bosselures, se prononcent de plus en plus dans le squirrhe, ce qui n'a pas lieu dans le testicule vénérien. Malgré ces caractères que nous venons de donner, le chirurgien n'a souvent, au milieu de ses incertitudes, que l'épreuve d'un traitement rationnel pour résoudre la difficulté.

N'oublions pas cependant cette remarque si judicieuse de Dupuytren : que les alternatives d'accroissement et de diminution de la tumeur dans le testicule syphilitique sont en opposition avec la persistance et l'augmentation réfractaire des tumeurs cancéreuses ; et que l'affection simultanée ou successive des deux testicules doit faire présumer la nature syphilitique.

Une observation que fait encore Dupuytren, c'est que, dans le cas de récidive, lorsqu'on a enlevé un testicule cancéreux, c'est presque toujours le cordon qui devient malade ; tandis que dans l'engorgement syphilitique, c'est ordinairement le second testicule qui s'affecte. A l'appui de l'opinion de ce chirurgien, on rapporte dans sa Clinique deux observations dans lesquelles on voit que deux malades, ayant été antérieurement amputés d'un testicule présumé squirrheux, se sont présentés à lui pour être

traités d'un engorgement semblable de l'autre testicule, et que la guérison a été obtenue d'une manière complète par un traitement antisyphilitique.

Malgré tout ce que nous venons de dire touchant l'affection syphilitique du testicule, le diagnostic n'en restera pas moins embarrassant dans certains cas; aussi est-il très-important, comme nous l'avons dit d'abord, de tenir un compte exact non-seulement des accidents primitifs, mais encore de la succession des affections consécutives, lorsqu'elles ont existé; car la syphilis a une marche déterminée et régulière qui éclairera le diagnostic de l'affection.

Pronostic. — Le testicule vénérien, si l'on a égard à sa terminaison par résolution, n'est pas une affection grave d'une manière absolue; cependant sa durée est indéterminée : la résolution ne s'en fait point d'ordinaire spontanément, et lorsque la résolution n'a pas été complète et que le traitement n'a pas été assez longtemps prolongé, les récidives ne sont pas rares. Quand l'affection dure depuis longtemps, nous avons vu que la résolution ne s'obtenait que d'une manière incomplète; que d'autres fois il en résultait l'atrophie de l'organe.

Anatomie pathologique. — D'après A. Cooper et M. Ricord, l'altération porte sur les tissus fibreux et cellulaire du testicule et de l'épididyme. Son développement serait dû à l'hypertrophie de la tunique albuginée et de ses prolongements fibro-celluleux, qui cloisonnent le testicule et forment les loges dans lesquelles sont contenus les vaisseaux séminifères. Ce sont là de pures hypothèses, et je n'ai point trouvé dans la science de recherches anatomo-pathologiques qui en donnent la confirmation. Et bien qu'on ait enlevé trop souvent des testicules vénériens qui auraient certainement guéri par un traitement bien institué, ces opérations ne nous ont rien appris touchant les caractères anatomiques de la lésion : et il en devait être ainsi, puisque les chirurgiens qui pratiquèrent ces opérations ignoraient certainement la nature de l'affection.

Traitement. — Nous avons dit que le testicule vénérien était une affection consécutive de la syphilis; qu'il était, dans l'ordre de succession des symptômes, sur la limite des accidents secondaires et tertiaires; par conséquent, c'est assez dire qu'il faut lui appliquer le traitement approprié à ces deux périodes de l'affection. M. Ricord a pour habitude de combiner le traitement mercuriel avec l'administration de l'iodure de potassium. Je regarde l'emploi simultané de ces deux médicaments comme plus efficace que l'un ou l'autre employé seul.

Nous avons vu souvent l'emploi de l'iodure de potassium n'amener qu'une résolution lente, qu'activait ensuite l'emploi des mercuriaux. M. Ricord prescrit le soir une pilule ou deux de proto-iodure de mercure de 5 centigrammes, administrées dans une solution ; pendant la journée, l'iodure de potassium à la dose de 1 ou 2 grammes dans une tisane.

Peu importe, du reste, la préparation mercurielle prescrite suivant les règles ordinaires, pourvu que le traitement soit suivi par le malade d'une manière continue, régulière, et pendant quelque temps encore après la guérison.

Lorsqu'un épanchement plus ou moins considérable existe dans la tunique vaginale, sauf le cas où il gêne l'exploration du testicule, il n'est ordinairement pas nécessaire de pratiquer la ponction et encore moins l'injection ; le plus ordinairement, cette hydrocèle consécutive guérit spontanément, et ce n'est que dans le cas où le liquide, ne s'étant point résorbé, constituerait, après la guérison du testicule, une tumeur gênante et incommode, qu'on devrait se décider à en tenter la cure radicale.

Il ne faut pas négliger, pour favoriser la résolution, l'emploi de certains moyens topiques, tels que les frictions mercurielles sur les bourses, ou l'application d'un emplâtre de Vigo *cum mercurio* qu'on aura soin de renouveler de temps en temps. La compression, pratiquée par la méthode de Fricke au moyen de bandelettes de sparadrap de Vigo, favorise la résolution. Voici la manière de la pratiquer : Il est bon, avant de procéder à son application, d'évacuer par la lancette le liquide contenu dans la tunique vaginale s'il est abondant ; après quoi, saisissant d'une main le testicule, de l'autre, avec une bandelette de sparadrad, on contourne le cordon au-dessus du testicule pour former, par plusieurs circulaires, un anneau assez serré pour que le testicule ne puisse pas s'y engager et échapper ainsi à la compression ; ensuite, au moyen de bandelettes, on enveloppe par des tours circulaires ou obliques toute la tumeur, de manière à la serrer uniformément et à la recouvrir tout entière. Ce pansement doit être renouvelé toutes les fois qu'il se trouve relâché.

Jusqu'où doit-on pousser le traitement mercuriel ? En général, on doit le continuer quelque temps encore après la disparition de tout symptôme ; cependant, comme il est des cas où l'hypertrophie semble être définitive, il est une mesure dans l'administration des préparations mercurielles qu'il ne faut pas dépasser : ainsi, lorsqu'on a varié d'une manière suffisante leur mode d'administration, si l'on voit la tumeur ne plus diminuer, comme elle avait fait d'abord, et rester stationnaire, il y aurait au moins

inutilité à insister sur une médication dès lors sans action thérapeutique.

Je termine en disant que la difficulté du diagnostic différentiel des tumeurs du testicule, que la fréquence comparative de l'affection syphilitique, doivent rendre le chirurgien très-circonspect pour se prononcer sur la nécessité de l'amputation. Et ne doit-on pas imiter la conduite sage et éclairée du grand chirurgien de l'Hôtel-Dieu, qui soumettait ses malades à un traitement mercuriel lors même qu'il avait beaucoup de raisons pour soupçonner la nature cancéreuse de l'affection, dans la crainte d'emporter par une opération un testicule qu'on aurait pu conserver ?

---

19. *De l'urétrite chez la femme;* par J. Boys de Loury, chirurgien en chef de Saint-Lazare, et par H. Costilhes, docteur en médecine, etc.

(Gazette médicale de Paris, N° 20, 1846.)

Il y a quelques années encore, on confondait sous le nom de gonorrhée, de blennorrhagie chez la femme, tous les écoulements qui se faisaient par la vulve, quelles que fussent leur origine et leur nature (urétrite, vaginite et catarrhe utérin). Mais de même que les parties génitales de la femme se composent d'organes distincts, indépendants les uns des autres, de même ces mêmes organes peuvent être séparément influencés par un coït impur, ou se prendre tous en même temps, soit que la cause ait agi sur le vagin et l'urètre à la fois, soit qu'elle se soit propagée, par voie de continuité ou par contagion, de l'un de ces organes à l'autre. Aussi désirerions-nous que l'on rayât du vocabulaire médical le nom de blennorrhagie, pour qu'il n'existât plus dorénavant de confusion dans la manière de désigner ces différentes affections. Nous appellerons donc, ainsi que l'ont fait quelques auteurs, *urétrite*, l'inflammation de l'urètre, *vaginite* celle du vagin. Nous décrirons séparément ces deux maladies, chacune d'elles nécessitant un article à part.

L'urétrite simple, sans complication, quoiqu'elle ne soit pas aussi fréquente que certains auteurs l'ont avancé, n'est pas absolument rare dans notre service. Depuis un an environ, les cas ont été assez multipliés pour que, parmi nos malades, il y en ait eu habituellement une ou deux affectées d'urétrite.

L'urétrite, chez la femme, s'annonce, ainsi que chez l'homme, par quelques élancements dans l'intérieur du canal, principalement à son orifice externe, par un léger prurit qui se change

bientôt en un picotement douloureux, enfin par le gonflement du méat urinaire, qui devient rouge, enflammé. Cet état dure de douze à vingt-quatre heures; puis apparaît à l'orifice externe un écoulement séro-muqueux qui réunit ensemble les bords du canal de l'urètre, en même temps que se font sentir des envies fréquentes d'uriner ainsi que des ardeurs et des cuissons à l'émission des urines. Du quatrième au dixième jour, l'écoulement devient plus abondant, s'épaissit et se colore en jaune, mais plus souvent en vert. Il peut irriter les parties qui environnent l'urètre ainsi que l'entrée du vagin, qui, par suite, participent à cette même inflammation. Alors la muqueuse urétrale et le méat présentent assez fréquemment un aspect granulé ; en pressant les parois de l'urètre l'une contre l'autre, il en sort quelquefois une gouttelette de pus sanguinolent. Mais dès que les phénomènes inflammatoires sont moins intenses, ce qui arrive du quinzième au vingt et unième jour, l'écoulement diminue sensiblement ; du vert, il passe au jaune, puis il devient blanc et plus épais, comme visqueux ; il finit par disparaître sous l'influence du traitement. L'écoulement dure, en général, de trente à quarante jours, comme chez l'homme, si on ne met en usage que la *méthode délayante* (boissons émollientes, bains, etc.); mais il n'en est pas de même avec celle que nous employons habituellement, la *méthode abortive*, *substitutive*. Quinze à vingt jours suffisent pour arrêter complétement l'écoulement.

L'urétrite aiguë, qui a été négligée ou mal soignée, passe après un certain temps à l'état chronique. Dans cette circonstance, la maladie n'est nullement douloureuse, et les femmes n'en ont aucun sentiment : elles se croient guéries ; seulement elles se plaignent de tacher leur linge, et si on vient à les examiner, on remarque que le pus qui sort de l'urètre est blanc, opaque, ressemblant à du lait ; la muqueuse urétrale n'est ni gonflée ni plus rouge que dans l'état normal. Dans ces cas, on ne s'apercevrait pas de la présence de l'urétrite, si on n'avait la précaution d'introduire le doigt indicateur dans le vagin, et de ramener d'arrière en avant le liquide qui paraît alors à l'orifice de l'urètre.

Les saisons ne sont pas sans influence sur la plus ou moins grande fréquence de l'urétrite chez la femme : en effet, les mois humides, froids, tels que ceux de novembre et décembre, l'époque des bals, etc., nous ont démontré que cette maladie, ainsi que les maladies syphilitiques, était plus fréquente en hiver que dans les autres saisons de l'année.

Nous admettons deux espèces d'urétrites : *l'urétrite simple*, non virulente, bien qu'elle soit susceptible de contagion, et

l'*urétrite syphilitique*, infiniment plus rare que la précédente, coïncidant avec des chancres, des bubons, etc. Comment refuser de croire à l'urétrite virulente, lorsqu'après un coït impur il se déclare en même temps des chancres, une urétrite, etc., chez une femme parfaitement saine jusqu'alors ? L'urétrite, dans ce cas, n'est-elle pas de même nature que les chancres ?... Quant aux causes qui peuvent donner naissance à la maladie qui nous occupe, elles sont trop bien connues pour que nous nous y arrêtions.

Existe-t-il des signes certains au moyen desquels ou puisse distinguer entre eux les divers écoulements des parties génitales de la femme ? Nous ne le pensons pas, et en cela nous sommes d'accord avec la plupart des praticiens. Pendant l'année 1842, nous nous sommes livrés à différentes reprises, avec le plus grand soin, à pratiquer l'inoculation, moyen de diagnostic proposé comme le plus certain dans le cas qui nous occupe ; et malgré nos expériences et toutes nos recherches, nous ne sommes arrivés à rien de concluant. Nous en dirons autant d'un autre moyen d'investigation : le microscope.

L'urétrite des femmes est bien moins sujette à se supprimer que celle des hommes, et par conséquent elle est à peu près exempte des accidents qui surviennent pendant le cours de l'urétrite chez ces derniers. Cependant il y a quelquefois chez la femme une coarctation plus ou moins prononcée de l'urètre ; ce qui rend l'émission de l'urine plus difficile et beaucoup plus douloureuse. Nous avons été deux fois à même d'observer un fait dont il y a bien peu d'observations dans la science : c'est le *rétrécissement* très-considérable de l'urètre. Chez l'une de ces malades, après avoir contracté plusieurs urétrites qui n'avaient jamais été bien guéries, le rétrécissement était arrivé à un tel point qu'on voyait à peine l'orifice du méat urinaire, et que nous avons été obligés de dilater le canal au moyen de bougies ; mais n'en ayant continué l'usage que pendant une quinzaine de jours, nous vîmes le rétrécissement se reproduire, et nous fûmes obligés de recommencer à traiter cette maladie pendant cinq semaines ; cette fois la guérison fut complète.

Une autre femme, d'une quarantaine d'années, présentait l'orifice du canal de l'urètre béant ; l'œil pouvait y plonger jusqu'à un centimètre et demi, et il semblait en cet endroit se terminer en cul-de-sac. Cette femme n'urinait que goutte à goutte, et encore en faisant beaucoup d'efforts. Une sonde en caoutchouc de petit calibre ne pouvait y pénétrer. Nous avons graduellement introduit dans l'intérieur du canal des bougies de plus en plus

grosses, qui pendant longtemps ont fait souffrir la malade, qui est sortie de Saint-Lazare complétement guérie après un séjour de deux mois.

A la suite de nombreuses urétrites, il se forme quelquefois des espèces de varices au pourtour de l'orifice de l'urètre, qui produisent un bourrelet assez volumineux et qui n'est jamais guérissable.

En résumé, l'urétrite de la femme est plus bénigne et a une durée plus courte que celle de l'homme, sans doute parce que l'urètre de la femme est moins long, beaucoup plus large, et que la maladie a moins de prise sur lui.

Quoi qu'il en soit, nous avons pour cette maladie trois modes de traitement bien distincts dont nous nous servons suivant le plus ou moins d'intensité de l'urétrite : 1° la méthode délayante; 2° la méthode perturbatrice, dite spécifique; 3° la méthode substitutive ou astringente.

1° Dans les cas les plus ordinaires, lorsque l'urétrite est aiguë, notre traitement consiste dans les boissons délayantes et mucilagineuses prises en très-grande quantité, 2 pilules par jour, et additionnées d'un à 2 grammes de nitrate de potasse. Nous faisons prendre à nos malades deux à trois bains chaque semaine, ainsi qu'une alimentation légère et rafraîchissante; nous leur faisons en outre garder le repos. Ces moyens suffisent presque toujours pour guérir cette maladie lorsqu'elle est peu intense; mais quand l'écoulement dure depuis longtemps, que l'urétrite est passée à l'état chronique, on doit alors avoir recours à une médication plus énergique, la *méthode perturbatrice*, par exemple. Bien que l'on ait prétendu que le cubèbe et le copahu n'avaient aucune action curative sur la blennorrhagie de la femme, par la raison sans doute que l'on comprenait sous ce nom la vaginite et non l'urétrite, nous nous sommes bien trouvés dans la plupart des cas, soit à l'état aigu, soit à l'état chronique, de l'administration de ces médicaments. Nous donnons le poivre cubèbe sous la forme de teinture alcoolique saccharolée à la dose de 30 grammes chaque jour, pris en deux fois, matin et soir. Il est difficile aux malades de supporter pendant plus d'une quinzaine de jours ce médicament, qui finit par déterminer une irritation gastro-intestinale ; mais cet espace de temps est le plus ordinairement suffisant pour guérir complétement l'urétrite. Il en est de même du baume de copahu pur, qui répugne beaucoup aux malades, quoiqu'on le leur donne sous la forme pilulaire ou d'opiat, à cause de l'état nauséeux, des rapports fatigants qui surviennent inévitablement après l'ingestion de cet agent thérapeutique.

Toutefois, en ajoutant à ce beaume quelques gouttes de citron ou d'essence de menthe poivrée, on en facilite la digestion et on diminue ainsi ces rapports nauséabonds. Nous avons remarqué que l'urétrite était heureusement modifiée toutes les fois que le copahu ne déterminait pas chez les femmes des selles abondantes, et que l'urine, en passant sur l'endroit enflammé de l'urètre, produisait une cuisson qui n'est pas désagréable. Cependant, ainsi que M. Ansiaux (de Liége) et M. Gibert, nous avons aussi vu guérir l'urétrite assez souvent, malgré des évacuations alvines abondantes. Toujours est-il que nous pensons, comme Cullen et MM. Trousseau et Pidoux, que c'est en stimulant, en excitant un certain degré d'irritation dans l'urètre, que le baume de copahu agit efficacement; et cela est tellement vrai, que nous avons remarqué maintes fois que la première dose de copahu administrée aux malades augmentait constamment pendant les douze premières heures leur écoulement, non-seulement quand il était à l'état aigu, mais encore à la période de déclin, pour ensuite diminuer insensiblement et disparaître à une époque plus ou moins rapprochée.

Un médicament que les femmes supportent plus facilement, c'est la térébenthine cuite unie à l'aloès dans les proportions suivantes :

Pr. : Térébenthine cuite. . . . . 8 grammes.
Poudre d'aloès succotrin. . . . . 2 grammes.
F. s. a. et divisez en 40 pilules.
A prendre 10 à 12 pilules chaque jour.

Nous avons guéri en quinze ou vingt jours, en prescrivant les pilules précédentes, la plupart des malades atteintes d'urétrite aiguë.

Quant à la *méthode substitutive*, nous n'avons eu qu'à nous en louer. C'est ainsi que nous employons, dès le début de l'urétrite, la cautérisation avec le crayon de nitrate d'argent poussé à 3 centimètres au delà du méat, de manière à dépasser la muqueuse enflammée; mais il est indispensable d'exprimer auparavant le pus que renferme le canal, et de promener lentement le crayon de nitrate d'argent pour déplisser le plus complétement possible la muqueuse urétrale. Cette cautérisation détermine quelquefois de vives douleurs : nous disons quelquefois, parce que sur des malades les effets de la cautérisation ont été presque nuls, tandis que chez toutes l'émission des urines a été douloureuse. Quoi qu'il en soit, à partir du troisième jour, la muqueuse qui est escarrifiée se détache soit en totalité, ce qui est rare, soit par lambeaux ; l'écoulement diminue considérablement, se sup-

prime souvent pour reparaître après la chute de l'escarre. Une ou deux nouvelles cautérisations faites à six jours d'intervalle suffisent pour faire avorter l'urétrite. Nous remplaçons quelquefois le nitrate d'argent fondu par les injections avec l'azotate d'argent cristallisé, à la dose de 40 à 50 centigrammes pour 30 grammes d'eau distillée, toutefois, en prenant quelques précautions qui sont indispensables. Nous introduisons d'abord le doigt médius de la main gauche sous la paroi inférieure de l'urètre, dans le but d'appliquer les parois de ce canal contre la symphyse du pubis et d'intercepter ainsi l'injection qui pourrait atteindre le col de la vessie ; puis, nous nous servons du doigt indicateur et du pouce de la même main pour maintenir les bords du méat urinaire appliqués contre l'extrémité de la seringue, introduite avec précaution après avoir été préalablement enduite d'huile. Le liquide injecté doit séjourner au moins une minute dans le canal. Nous avons aussi employé quelquefois les injections de sulfate de zinc, l'acétate de plomb, le tanin, etc. Ces moyens ne nous ont réussi que plus rarement. Mais cette méthode n'est applicable que dans les hôpitaux : dans la pratique civile, à moins de cas exceptionnels, elle ne peut être conseillée.

Un mode de traitement qui avait été préconisé par Hourmann est l'emploi du coton cardé introduit dans l'urètre plusieurs fois par jour, afin d'isoler les parois de ce canal. Nous n'avons employé ce moyen que sur une dizaine de femmes, et si nous n'avons pas obtenu de bons succès, le petit nombre de nos expériences ne nous permet pas d'en tirer de conclusions ; toujours est-il que, outre l'inconvénient très-grave d'être obligé de faire au moins trois pansements chaque jour, nous avons remarqué que l'introduction de cette mèche n'était pas toujours facile, lorsque la muqueuse était fortement boursoufflée, et qu'elle occasionnait constamment d'assez vives douleurs.

Enfin, lorsque l'urétrite est virulente, c'est-à-dire qu'elle coexiste avec des chancres-bubons, nous administrons aux malades les pilules de proto-iodure ; dans les cas d'urétrite simple, au contraire, nous nous en abstenons.

SOCIÉTÉS SAVANTES.

ACADÉMIE ROYALE DES SCIENCES DE PARIS.

SÉANCE DU 1er JUIN.

Recherches sur le sang. — M. Dumas lit le travail suivant :

Il est très-aisé, on le sait, de se procurer la fibrine du sang par le battage de ce liquide au sortir de la veine ; il est non moins facile d'en obtenir l'albumine, en laissant son sérum se séparer par une coagulation spontanée. Il n'en est pas de même lorsqu'on veut se procurer les globules débarrassés de fibrine ou d'albumine. Dans ces derniers temps, un procédé particulier, indiqué par M. Berzélius et developpé par M. Muller, a mis MM. Lecanu et Figuier sur la voie d'une méthode propre à fournir les globules purs de tout mélange.

Cette méthode est fondée sur une modification que le sang éprouve dans sa manière d'être à l'égard des ouvertures que lui offre le papier de nos filtres. Verse-t-on du sang battu, privé de fibrine, liquide par conséquent, sur un filtre de papier joseph, l'on voit les globules de ce sang passer au travers du filtre, et former ainsi un liquide fortement coloré en rouge. La filtration, lente et pénible, du reste, en pareil cas, ne laisse sur le filtre qu'un résidu de globules altérés et si peu abondants, qu'il devient impossible d'en étudier les propriétés.

Mais si, avant de filtrer le sang, on le délaye avec trois ou quatre fois son volume d'une dissolution saturée de sulfate de soude, ce mélange modifie tellement la propriété de la liqueur où flottent les globules, qu'elle passe à travers les pores du papier en laissant tous les globules sur le filtre. Elle coule donc complétement incolore et tout à fait limpide, et comme la filtration est rapide, les globules peuvent être recueillis dans un état de pureté et d'intrégité satisfaisant. Toutefois l'application de ce procédé n'est pas dépourvue de quelques difficultés dignes d'attention, par les circonstances qu'elles révèlent dans la nature et le rôle des globules du sang.

En effet, si l'on prend du sang dépouillé de fibrine, mais conservé pendant quelques heures, et qu'on essaye de le filtrer après une addition même exagérée de sulfate de soude, la liqueur passe difficilement, et passe toujours colorée à travers le filtre.

Il faut donc opérer sur du sang fraîchement extrait de l'animal. Dès qu'il est battu, que la fibrine en est coagulée, on le passe sur une toile fine, et on le reçoit dans la dissolution de sulfate de soude. Le mélange étant jeté sur le filtre, on obtient une liqueur parfaitement limpide, légèrement teinte de jaune, et tous les globules demeurent sur le filtre.

Mais bientôt cependant la liqueur qui coule étant remplacée par une

nouvelle dissolution de sulfate de soude destinée à laver les globules, on voit celle-ci couler colorée, faiblement d'abord, puis un peu plus, puis enfin en rouge si intense, qu'on ne saurait mettre en doute une altération profonde des globules contenus dans le filtre.

Cependant, pour obtenir les globules purs, on est obligé de les laver avec une dissolution de sulfate de soude à plusieurs reprises, sans quoi ils resteront imprégnés de sérum du sang, c'est-à-dire d'une liqueur albumineuse, dont la présence masquera totalement leurs caractères propres.

Après bien d'inutiles essais, M. Dumas a reconnu une propriété remarquable des globules du sang qui lui a permis d'écarter cette difficulté.

Tant que les globules du sang ont le contact de l'air ou de l'eau aérée, tant qu'ils sont à l'état artériel, en un mot, la dissolution qui les renferme passe incolore à travers les filtres et les y laisse tous en passant. Dès que ces mêmes globules ont pris l'aspect violet qui caractérise le sang veineux, la liqueur coule colorée, au contraire.

Il fallait donc maintenir les globules à l'état artériel pendant toute la durée de la filtration et du lavage. J'y suis parvenu d'une manière satisfaisante en plongeant dans le filtre un tube effilé, au moyen duquel je dirige un courant d'air constant et rapide à travers la liqueur.

Ainsi agitée, celle-ci laisse difficilement déposer les globules sur les parois du filtre, et se trouve maintenue d'ailleurs dans un état d'aération favorable à la permanence de leur état artériel.

Je jette donc, dit M. Dumas, sur un grand filtre mouillé d'avance d'une dissolution de sulfate de soude, le sang à peine sorti de la veine, mais défibriné et étendu de la dissolution de sulfate de soude ; un courant d'air est sans cesse excité à travers le liquide que le filtre contient. Un filet continu de dissolution de sulfate de soude remplace la liqueur qui s'écoule.

Au moyen de ces précautions, les globules du sang peuvent être débarrassés du sérum. Toutefois, quand on veut que l'opération réussisse, il ne faut rien négliger pour en assurer la rapide exécution.

Pour peu que les globules aient le temps de se déposer sur les parois du filtre et d'y former une couche d'une épaisseur sensible, ceux qui touchent à la surface du papier ne reçoivent plus d'air et passent au violet, tandis que ceux qui constituent la couche extérieure conservent l'état artériel.

Dès lors la liqueur passe colorée, et si on ne remédie à cet inconvénient, la coloration qui va sans cesse en augmentant accuse bientôt une profonde altération des globules.

Les globules du sang se comportent, dans ces diverses circonstances, comme s'ils constituaient des êtres véritablement vivants, capables de

résister à l'action dissolvante du sulfate de soude tant que leur vie persiste, mais cédant à cette action dès qu'ils ont succombé à l'asphyxie qui résulte pour eux de la privation de l'air, et qui se manifeste avec une singulière rapidité, soit par leur changement de couleur, soit par leur prompte dissolution.

Dès lors la tâche des chimistes doit consister à maintenir vivants ces globules, et parmi les moyens qui se présentent à l'esprit, on peut citer l'agitation du liquide, son aération constante, enfin le maintien de sa température au degré où elle se trouvait dans le corps de l'animal.

Toutes ces précautions réunies fournissent en quelques heures des globules purs, pourvu qu'on n'essaye pas d'en préparer plus de 5 à 6 grammes à la fois.

Cette altération si rapide des globules, dès qu'ils sont privés du contact direct de l'air ou de l'eau aérée ; l'énergie extrême avec laquelle, dans une couche de globules, ceux qui occupent la surface s'emparent de la totalité de l'oxygène dissous dans l'eau, ne laissant parvenir à ceux qui sont placés au-dessous d'eux qu'une liqueur impropre à les neutraliser, sont des circonstances très-propres à fixer l'attention des physiologistes.

En effet, dans les discussions ou les calculs dont la respiration a été l'objet, on a toujours regardé le sang comme un liquide homogène recevant le contact de l'air dans le poumon, et en subissant des altérations plus ou moins rapides.

Sans doute le sérum du sang constitue un tel liquide, et je ne viens pas contester la part qu'il peut prendre dans le phénomène de la respiration ; mais les globules du sang constituent autant de vésicules flottant dans ce sérum, douées d'une respiration propre, dont les effets, confondus avec ceux qui résultent de la respiration du sérum, produisent par leur ensemble le phénomène général de la respiration.

On pourrait donc dire, en mettant de côté pour un moment l'action du sérum sur l'air, que la respiration d'un animal supérieur, de l'homme en particulier, a surtout pour objet de fournir de l'oxygène aux globules de son sang et d'expulser les produits dans lesquels ils le convertissent.

Dès lors, si l'on essaie de calculer les effets de la respiration, il faut tenir compte des membranes qui forment les enveloppes de ces globules ; car on sait combien sont différents de la dissolution pure et simple des gaz ces phénomènes d'endosmose si étranges qui se passent à travers les membranes qui servent à séparer deux réservoirs pleins de gaz différents, ou deux liquides chargés de gaz dissemblables aussi.

La respiration, pour être bien comprise, doit donc être étudiée dans ces vésicules, ou globules sanguins, siége principal des principaux

phénomènes qu'elle est chargée d'accomplir et dont l'organisation complique étrangement les lois physiques.

La manière d'agir de ces globules sanguins sur l'air ambiant ou dissous, les conditions sous lesquelles elle conserve son caractère normal, deviennent, ainsi envisagées, d'un incontestable intérêt.

Or, pour reconnaître l'intégrité des globules et la conservation de leur propriété fondamentale, nous avons deux moyens également assurés : le microscope et l'agitation avec l'oxygène. Tant que les globules sont entiers, le microscope nous l'indique ; tant qu'ils peuvent devenir artériels, ils rougissent dans leur contact avec l'oxygène. Or, tout le monde sait que l'oxygéne possède ces deux caractères pendant la circulation ; il ne les perd pas après la sortie du corps de l'animal. Le battage du sang qui sépare la fibrine laisse les globules intacts, et ne les prive en rien de la faculté de s'artérialiser.

L'albumine n'est pas plus indispensable que la fibrine à ce phénomène. Quand on remplace peu à peu le sérum où flottent les globules par une solution de sulfate de soude, ils n'en conservent pas moins leur intégrité, comme on s'en assure au microscope, et ils n'en deviennent pas moins vermeils par leur agitation avec l'oxygène.

Ainsi la faculté de prendre la couleur brillante du sang artériel appartient aux globules; elle est indépendante de l'albumine du sérum, de la fibrine du sang, de l'action vitale de l'animal.

Mais si le sulfate de soude respecte cette propriété, en sera-t-il de même de tous les sels alcalins? Non sans doute ; l'expérience le démontre.

Le phosphate de soude ordinaire, qui existe dans le sang tout comme le sulfate, peut comme lui se mêler au sang à saturation, sans altérer en rien la possibilité de le rendre artériel. Du sang saturé de phosphate de soude, qu'on agite avec l'oxygène, y prend une teinte artérielle d'un rouge plus éclatant peut-être qu'avant cette addition.

Ainsi, relativement à cette propriété du moins, le sang peut sans inconvénient recevoir des quantités de sulfate ou de phosphate de soude bien supérieures à celles qu'il renferme.

Des sels produits par les acides organiques, tels que le sel de Seignette, sont dans le même cas ; ce qui permet de croire que le lactate de soude peut exister dans le sang, même à dose élevée, sans qu'il en résulte aucun dommage sous ce rapport.

L'expérience démontre qu'il en est tout autrement du sel marin ou du chlorure de potassium. Si l'on sature de sel marin du sang battu bien frais, et qu'on l'agite immédiatement avec du gaz oxygène, la couleur demeure violette et sombre.

Le sel ammoniac produit le même effet.

Y aurait-il quelque rapport entre ces phénomènes et l'accusation portée contre l'abus des viandes salées qui prédisposerait au scorbut? Faudrait-il aussi trouver quelque rapprochement entre l'action du sel ammoniac sur le sang et l'action toxique exercée par ce sel et par tous les sels ammoniacaux ?

Quoi qu'il en soit, il y a des sels qui laissent au sang la faculté de s'artérialiser et d'autres qui lui enlèvent cette propriété. Le sulfate de soude, le phosphate de soude, le sel de Seignette, sont dans le premier cas; les chlorures de potassium, de sodium et d'ammonium dans le second.

Dans ces résultats, une circonstance se présente et ne saurait manquer de fixer l'attention. Les sels qui maintiennent dans le sang la faculté de s'artérialiser sont en même temps propres à conserver les globules dans leur intégrité, et lui donnent la propriété de fournir un sérum incolore par la filtration. Au contraire, ceux qui lui ôtent la faculté de devenir artériel laissent plus aisément filtrer un sérum coloré.

L'ensemble de ces expériences conduit à penser que la matière colorante du sang est surtout propre à prendre la teinte caractéristique du sang artériel, quand elle est unie aux globules mêmes dont elle fait partie. Ce caractère se modifie, ou se perd, quand, par la destruction ou l'altération des globules, la matière colorante entre véritablement en dissolution.

En comparant avec soin des échantillons du même sang mis en contact avec des sels alcalins et pouvant le saturer de ces sels à froid, il m'a paru qu'en général ces dissolutions salines, agitées avec de l'oxygène, se comportent de la maniére suivante :

Les sels renfermant des acides organiques compliqués, comme les acides tartrique et citrique, conservent mieux l'intégrité des globules que les sels fournis par des acides minéraux ;

Les sels à base de soude sont plus propres à maintenir cette même intégrité que les sels à base de potasse ou d'ammoniaque.

Il paraît donc exister une liaison inattendue entre l'intégrité des globules, l'état artériel du sang, les phénomènes de la respiration et la nature ou la proportion des sels dissous dans le sang.

Il suffit d'avoir essayé quelques expériences de ce genre pour être convaincu que l'asphyxie peut être provoquée au milieu de l'air ou de l'oxygène, sans que rien soit changé en apparence dans les phénomènes de la respiration, par le seul fait de l'introduction de quelques sels qui modifient la manière des globules du sang à l'égard de l'oxygène.

Je me permets, ajoute M. Dumas, d'appeler l'attention des médecins sur cet ordre de phénomènes. A une époque où l'analyse du sang attire avec tant de raison leur attention, il serait à souhaiter que l'étude des globules, dans quelques maladies bien caractérisées, devînt l'objet de recherches particulières.

Tout porte à croire qu'il existe dans leur altérabilité plus ou moins grande, plus ou moins prompte, des degrés susceptibles de mesures et propres à être reconnus, si l'on recevait le sang de la saignée dans une dissolution de sulfate de soude pour le soumettre ensuite à diverses épreuves, ou même si, après l'avoir défibriné, on essayait de l'altérer par des doses graduées de sels convenablement choisis, tels que le sel marin ou le sel ammoniac.

Sa résistance plus ou moins grande à ces sels altérants fournirait des indices que rien ne remplace aujourd'hui dans le diagnostic des maladies du sang.

L'analyse élémentaire des globules du sang était devenue si facile, une fois ces globules isolés, que j'ai pu l'effectuer avec pleine confiance dans les résultats.

Les globules du sang, bien purgés de sérum, réunis sur des assiettes plates, séchés dans le vide par l'acide sulfurique, donnent, en très-peu de temps, un résidu parfaitement sec. Celui-ci, traité par l'éther et par l'alcool bouillant, devient insoluble dans l'eau qui peut alors en extraire le sulfate de soude qui restait mêlé aux globules.

Il résulte des analyses que M. Dumas a faites, comme on l'avait conclu des propriétés des globules du sang, que ces corps appartiennent à la famille des matières albuminoïdes. Si le carbone qu'ils renferment s'élève à un chiffre un peu supérieur à celui de la caséine ou de l'albumine, c'est que dans les globules rouges il existe une matière colorante bien plus carbonée qu'elles.

M. Dumas se propose d'examiner, dans un autre mémoire, si la matière des globules du sang peut être confondue avec l'albumine ou la caséine, ou si, comme cela paraît probable, elle doit se distinguer de ces deux matières tout aussi bien que la fibrine elle-même.

Traitement de la morve aiguë. — M. d'Héran fait connaître à l'Académie le résultat des expériences qu'il a tentées, de concert avec M. Gagnage, pour le traitement de la morve aiguë des chevaux. Voici en quoi consiste ce traitement.

Six chevaux reconnus par un vétérinaire pour être atteints de la morve aiguë, et condamnés à être abattus, ont été séquestrés dans une écurie après quelques dispositions particulières de propreté et d'assainissement, et y avoir fait en particulier des fumigations soufrées. L'expérimentateur, après s'être lavé les mains dans une dissolution de sulfate d'oxyde de sodium, a commencé par trois ou quatre injections dans les fosses nasales avec une dissolution de pyrolignate de fer de 5 à 8° au pèse-sel. On les a répétées deux ou trois fois par jour, quelquefois moins, suivant l'abondance du jetage. Cela fait, on a lotionné avec soin plusieurs fois par jour l'animal par tout le corps avec une éponge trempée

dans le sulfure d'oxyde de calcium, en évitant toutefois de laver les écorchures et les plaies. En outre, on a maintenu immédiatement sous le ventre une toile imbibée de ce sulfure. On a joint à ces moyens des lavements tous les deux jours avec l'aloès à dose purgative. Tous les matins on a donné un mélange composé de 500 grammes de miel, de 60 grammes d'huile d'olive et de 50 grammes de soufre. A chaque repas, la nourriture du cheval a été saupoudrée de sel commun et mêlée avec du marc de pommes de terre, de grains ou de vin, dans l'intention de favoriser l'action du soufre. On a cherché plusieurs fois à réveiller l'appétit en ajoutant à l'avoine une bouteille de vin rouge.

Les fomentations sulfurées sous le ventre ont causé assez promptement une vive douleur, en faisant naître des pustules ou des gerçures; on les a supprimées pour les remplacer par des embrocations avec de l'huile, qui jouit de la propriété d'apaiser sur-le-champ les douleurs les plus cuisantes qui en résultent. On a remarqué que le jetage diminue en proportion de l'abondance du développement des pustules ou des gerçures du ventre. L'écurie a été assainie avec l'eau chlorurée et la vapeur de soufre deux fois par semaine pendant la durée du traitement.

Pas un de ces six chevaux n'a succombé; tous ont repris de la force, de la vigueur et de l'embonpoint.

Instrument pulvérisateur. — M. Leroy-d'Étiolles adresse à l'Académie une note contenant la description et le dessin d'un instrument pulvérisateur des calculs vésicaux, différant, par son mécanisme et sa manière d'agir, de ceux qu'il a présentés il n'y a pas un mois. Ici la pierre, embrassée par une anse semblable à celle de l'instrument de Jacobson, est usée latéralement par deux râpes cachées à l'intérieur de deux branches qui, s'écartant l'une de l'autre par un mouvement de rotation sur elles-mêmes, exécutent en outre un glissement d'avant en arrière, lequel permet de promener graduellement l'action des râpes sur tout le diamètre antéro-postérieur du calcul. Lorsque, par cette usure latérale, la masse est réduite à l'état d'une mince rondelle, une troisième râpe, portée par la branche fixe de l'instrument, détruit cette sorte de cloison par une action directe, pendant que les deux branches ou joues latérales l'empêchent d'échapper.

— M. Serres a communiqué, dans la précédente séance, un travail étendu sur la névroplastie ou la transformation ganglionnaire du système nerveux périphérique.

SÉANCE DU 8 JUIN.

Nouveau moyen d'exploration. — Stéréoscope. — M. Cornay (de Rochefort) adresse une note relative à un instrument de son invention, qui a pour but la découverte des corps solides engagés dans les

cavités et parties molles, et auquel il donne le nom de *stéréoscope* (de στερεὸς, solide, corps dur, et de σκοπέω, j'examine). C'est un instrument sonore, très-sensible, composé d'un stylet ou d'un tube métallique de 33 cent. de longueur sur un diamètre qui varie jusqu'à 6 mm., sans ouverture au bec qui est arrondi. Le stylet et le tube sont droits ou courbes, suivant l'usage qu'on en veut faire. Le pavillon est terminé par un timbre de 4 cent. 1/2 d'ouverture et de 4 cent. de hauteur en métal de cloche.

Le bord du pavillon du timbre est gradué à l'extérieur circulairement, de manière à pouvoir faire acquérir, par une inclinaison à la verticale, la connaissance de l'épaisseur et de la largeur des corps explorés. Le tube est aussi gradué longitudinalement à partir des anneaux, à l'effet de faire constater la longueur de ces mêmes corps.

La sonorité de l'instrument avertit de la présence et des moindres inégalités ou de l'absence des corps étrangers.

Il n'y a point de son produit par la percussion et le frottement des membranes et des parties molles; mais, aussitôt que l'instrument touche des corps plus ou moins durs, il produit des sons plus ou moins aigus.

Ainsi l'instrument est sensible lorsqu'il rencontre une épingle, du sable, les petites et les grosses concrétions urinaires, une balle de plomb, et du bois, etc.

On conçoit alors tout le parti que l'on en peut tirer pour établir le diagnostic et pour la pratique des opérations.

M. Velpeau : Déjà plusieurs chirurgiens ont pensé aux moyens de faciliter ce genre d'exploration, et je crois qu'il est bon de faire remarquer que tous sont passés à côté de la question. Lorsque, par exemple, on ne sent pas une pierre dans la vessie avec la sonde, ce n'est point parce que le bruit de frottement de l'instrument n'est pas perçu, mais c'est parce qu'il n'est pas produit, parce que l'instrument n'a pas touché la pierre. Les sondes métalliques ordinaires, lorsqu'elles sont en contact avec un calcul, produisent un bruit suffisant pour être parfaitement perçu; la difficulté ne consiste donc pas à percevoir la sensation qui résulte de ce contact, mais elle consiste à atteindre le corps étranger. Je pense, du reste, que cet instrument, comme celui qu'a imaginé dans le même but M. Moreau Saint-Hilaire, peut être utile.

Conservation des substances animales par le nitrate de plomb.— M. Lemaître (de Rabodanges) demande qu'il soit donné lecture du contenu d'un paquet cacheté qu'il a déposé le 10 août 1845. La note contenue sous ce pli est relative à la conservation des substances animales et à l'embaumement par le nitrate de plomb. L'auteur dé-

sire que son procédé soit admis au concours Montyon pour les arts insalubres.

ACADÉMIE ROYALE DE MÉDECINE DE PARIS.

SÉANCE DU 2 JUIN. — PRÉSIDENCE DE M. ROCHE.

Lithyménie. — M. Dumesnil (de Rouen) présente un mémoire sur le traitement des calculs vésicaux par les agents chimiques, méthode qu'il désigne sous le nom de *lithyménie.*

Ce travail renferme un grand nombre d'expériences sur la résistance des sacs membraneux aux liquides acides et alcalins, sur l'exosmose et les moyens de l'empêcher, et la description des procédés particuliers à l'aide desquels l'auteur reconnaît la nature des concrétions urinaires et en obtient la dissolution.

Coarctations de l'urètre. — M. Guillon adresse la lettre suivante :

Comme j'ai intérêt à ce que l'Académie connaisse le plus promptement possible ma méthode, au moyen de laquelle on guérit complétement, et ordinairement dans un temps assez court, ces rétrécissements calleux urétraux qui, jusque dans ces dernières années, *avaient été jugés incurables*, je viens vous prier d'avoir la complaisance de presser le rapport de la commission nommée en janvier 1839, à l'effet d'examiner ce mode de traitement.

Pour constater si la guérison des rétrécissements fibreux de l'urètre obtenue par le genre de traitement que j'ai introduit dans la thérapeutique était durable, s'il ne survenait pas de récidive au bout d'un certain laps de temps ; pour apprécier enfin cette méthode à sa juste valeur, il était nécessaire que plusieurs années s'écoulassent. — Il y a sept ans et demi, messieurs, que la commission composée de MM. Lagneau, Roux et Velpeau est nommée. Depuis cette époque, j'ai soumis à son examen, avant, pendant, et plusieurs années après leur traitement, un certain nombre de sujets affectés de coarctations urétrales de nature fibreuse *réputées inguérissables*, dont la guérison a été obtenue par mes procédés opératoires, et le dernier il y a environ six mois. Maintenant, ces trois honorables juges peuvent être en position de faire leur rapport. Ils doivent avoir aujourd'hui des idées tout à fait arrêtées sur la valeur de la méthode dont il s'agit, de mes incisions intra-urétrales pour guérir ces rétrécissements de l'urètre contre lesquels les autres moyens sont impuissants ; et cette méthode est, je crois, un progrès chirurgical assez important pour qu'elle mérite de fixer l'attention de l'Académie.

Comme il est dans vos habitudes, messieurs, d'accueillir avec bienveillance ce qui est juste et conforme aux principes d'une stricte équité, et le rapport que je sollicite devant établir d'une manière irréfragable

que ce mode de traitement, dont on pourrait s'emparer, est bien à moi, j'ose espérer que vous ferez droit à ma demande.

J'ai l'honneur d'être, etc.

Signé GUILLON, chirurgien consultant du roi.

Peste. — Quarantaines. — M. Hamont : C'est avec un profond sentiment d'admiration que j'assiste aux débats dont l'Académie est aujourd'hui le théâtre.

Quelle que soit l'issue de ces débats, l'Académie aura déposé, dans le monde, les germes d'une révolution dont on peut apprécier déjà toutes les conséquences.

Il semblait que la peste, qui avait ravagé la terre, devait avoir le privilége de moissonner l'espèce humaine, sans que jamais on pût espérer de la détruire. Et voilà qu'aujourd'hui ce fléau, le plus grand qu'ait produit le génie du mal, se trouve traduit à la barre du tribunal qui juge son passé, examine son présent, et veut connaître ce qui lui a donné naissance.

Quand on songe aux désastres occasionnés par la peste, à la terreur que partout son nom inspire, on s'étonne que les peuples n'aient pas tenté plus tôt des investigations sérieuses, approfondies sur un mal qu'il est peut-être possible d'extirper.

Comment, il a fallu tant de calamités, il a fallu que ce fléau dévorât tant de victimes, pour que le monde en vînt à une enquête, que vous êtes heureusement chargés de conduire !

En 1720, la peste frappe sans pitié les populations du midi de la France, et la France ne peut que prier pour la disparition de la peste.

En 1835, elle se lève de nouveau, hideuse, et dans l'espace de quelques mois elle mène au tombeau plus de deux cent mille individus. Mais tandis que cette affreuse épidémie n'épargne ni l'âge, ni le sexe, tue l'enfant à la mamelle, comme la femme et l'enfant qu'elle porte dans son sein, des médecins étrangers, mus par un sentiment d'humanité, la suivent dans ses excursions, épient sa marche, et face à face ils osent l'interroger.

Quelques-uns tombent sous ses coups : la mort n'effraye point les autres ; car d'avance ils ont fait le sacrifice de la vie.

Enfin, lorsque, fatiguée de meurtres, elle n'a pu les traîner à sa suite, elle se laisse arracher un secret qu'elle avait si longtemps gardé.

L'année 1835 fut fatale à la peste ; le voile qui la couvrait fut complétement déchiré, et les médecins étrangers annoncèrent à la civilisation ce que d'autres déjà avaient écrit : qu'elle seule pouvait anéantir la peste.

A la France furent adressées toutes les pièces nécessaires à l'instruction de ce procès, parce que la France, il faut bien le dire, a reçu mis-

sion d'éclairer le monde. De quelque part qu'elle vienne, une idée grande ne peut être féconde qu'à la condition de recevoir en France le baptême de vie. En voici une preuve toute récente : à peine la commission a-t-elle achevé son travail, que l'Angleterre se hâte de le demander ; d'où il faut conclure que cette nation n'a pas encore dit son dernier mot sur la question des quarantaines.

Tel est l'hommage que de toutes parts et spontanément on se plaît à rendre à notre pays.

C'est donc en France, ici, dans cette enceinte, que doit être prononcé un jugement qui intéresse à un si haut degré la santé publique.

En présence de ces faits, il importe à l'Académie, dépositaire d'un si précieux mandat, de se dégager de toute influence extérieure, de rechercher avec une complète indépendance ce qui peut, ce qui doit éclairer sa conscience, sans s'inquiéter de ce qui se passe autour d'elle.

En d'autres termes, l'Académie, dans cette occasion, doit prendre pour devise ces mots : intérêt de tous.

Amené à examiner le travail de la commission, j'éprouve le besoin de déclarer, avant de passer outre, que ce travail me paraît être un recueil à peu près complet, où se trouvent rapportés, analysés et résumés les travaux nombreux publiés ou inédits sur la matière.

Pour opérer ce triage, il a fallu à la commission, et à son digne rapporteur surtout, une persévérance à toute épreuve, un dévouement sans bornes, un dévouement de médecin enfin, qui feront de cette œuvre une des plus belles pages de l'histoire de l'Académie.

La première question que devait naturellement se poser la commission est celle ci : D'ou vient la peste, quelles en sont les causes?

Sur le premier point, il n'y a plus qu'une seule voix : la peste est endémique dans la Basse-Égypte ; c'est de là qu'elle se lève menaçante et terrible avec les caractères meurtriers qu'on lui connaît.

Si d'autres contrées la voient éclore également, elle y est moins maligne, moins dangereuse, et, chose heureusement constatée, elle ne surgit plus du sein des pays européens ; la civilisation l'en a chassée.

Toutefois, il m'a paru que la commission, s'appuyant sur l'opinion de quelques médecins voyageurs, a eu peut-être la velléité d'admettre parfois une constitution pestilentielle.

Il est nécessaire de bien éclaircir cette proposition ; car si on admet une constitution pestilentielle, on s'éloigne de la vérité, on fait fausse route.

La constitution pestilentielle vient d'en bas, non d'en haut : elle se compose des émanations provenant des localités et de celles des malades. Joignez à cela chaleur et humidité, et vous aurez cette constitution dont on a fait longtemps un manteau pour cacher la vérité.

Non, il n'est pas, dans l'atmosphère, de modifications, de changements qui puissent amener la peste. S'il en était autrement, comment la peste demeurerait-elle au Caire pendant deux, trois mois, tandis que dans le désert, à une demi-lieue de là, des familles vivant sous des tentes en seraient à l'abri ?

Comment supposer une constitution atmosphérique particulière planant aussi longtemps sur une ville entière et respectant les populations voisines ? Cela ne peut pas être.

Voilà dont l'étiologie de la peste bien élucidée, bien établie. Donc, partout où l'on rencontrera ce qu'on rencontre en Égypte, la peste fera irruption.

Mais ce fléau consent-il à demeurer sur place ? Franchit-il l'espace et va-t-il porter la désolation dans des contrées éloignées ?

Oui, dit la commission, la peste se transmet, va d'Orient en Occident avec les navires, avec les hommes, et hommes et navires peuvent devenir des foyers d'infection qu'il faut craindre.

La peste quitte donc son pays natal et se répand hors des premiers foyers.

Comment se fait ce transport, comment la peste attaque-t-elle des populations exotiques ?

Ici difficultés, embarras; la commission ne trouve pas, dans le passé, d'explications satisfaisantes.

Forcée de reconnaître la transmissibilité, elle l'explique par la théorie de l'infection.

Mais, lui fait-on observer, voici un homme employé dans le lazaret, il n'est point monté à bord du navire infecté, il soigne les malades de la peste sans pourtant demeurer constamment avec eux ; et cet homme contracte la peste. Qu'est-ce donc, si elle n'est pas contagieuse, que cette affection qui passe dans un corps sain pour faire explosion par des symptômes identiques à ceux du premier malade ?

Et qu'importe un peu plus, un peu moins de distance, quand le résultat est le même ? N'y a-t-il pas ici contagion ? Alors on élève des doutes et on s'y arrête.

Je n'ai aucune idée préconçue, j'apporte le fruit de mon expérience personnelle ou des recherches que j'ai faites.

La commission a mentionné longuement les expériences qui ont été pratiquées à l'hôpital de l'Esbékiyeh au Caire. M. Gaëtani-Bey, qui fut présent à toutes ces expériences, les raconte ainsi :

« Sur cinq condamnés à mort, deux ont endossé les chemises et les « caleçons des malades ; tous deux ont eu la peste : un est guéri, l'au- « tre en est mort ; sur le troisième, on inocula du sang tiré d'un pes- « tiféré : il eut la peste et guérit ; le quatrième subit la même épreuve

« et offrit le même résultat ; enfin, sur le cinquième, on inocula un peu « de sérosité provenant d'une phlyctène, et cette fois seulement la peste « ne se montra pas. »

Ainsi, sur cinq condamnés, quatre ont eu la peste.

En 1824 régnait au Caire une épidémie de peste. Un Européen, M. Céruti, pharmacien en chef au service du vice-roi, annonça que, pour se préserver de la peste, il fallait se l'inoculer, comme on s'inoculait autrefois la petite vérole pour en atténuer la gravité. M. Céruti habitait la citadelle du Caire, c'est-à-dire le lieu le plus élevé et le plus isolé de la ville.

Six Européens crurent M. Céruti et se firent inoculer. Cinq d'entre eux eurent la peste et en moururent.

Dussap ose proposer à des enfants égyptiens de se laisser introduire sous la peau du bras un peu de pus qu'il avait extrait de bubons de pestiférés : ces enfants acceptent ; Dussap les inocule : les uns succombent de la peste ; les autres, heureusement, n'ont aucun mal.

J'ai voulu savoir si la peste pouvait passer de l'homme aux animaux. Pendant l'épidémie de 1835, j'inoculai sous la peau du cou d'un cheval du sang et un bubon.

Le cheval présenta les symptômes suivants : station chancelante, pesanteur de tête, yeux fixes, pupilles dilatées, injection de la sclérotique. Le cheval tombe plusieurs fois de suite ; agitation très-grande, respiration laborieuse. Deux jours après, ces symptômes disparaissent.

Un autre cheval reçut, sous la peau du cou, une certaine quantité de sang d'un pestiféré. Peu de temps après, tête basse, yeux larmoyants, pétéchies sur la conjonctive droite, marche chancelante, respiration accélérée, pouls petit, serré. Ces symptômes se dissipent.

Pour les hommes dont il vient d'être question, on dira peut-être qu'ils auraient eu la peste sans l'inoculation, puisqu'ils vivaient au milieu de l'épidémie. C'est possible ; mais il est très-possible aussi que l'inoculation seule ait amené la mort en amenant la peste.

Je reconnais que des pestiférés mis en plein air, disséminés sous des tentes, dans le désert, ont offert beaucoup moins de dangers aux médecins qui les soignaient. C'est un fait dont j'ai été témoin à Abousabel. D'où il résulte que l'encombrement aggrave le mal. Mais doit-on inférer de là que la maladie n'est pas susceptible de se transmettre par contact immédiat ?

Et parce qu'elle ne se communique que dans certaines conditions, est-il rationnel de lui dénier tout caractère contagieux ?

Dans le désert, il existe ordinairement une ventilation plus ou moins grande ; alors il y a entre le malade et le médecin une masse d'air qui se renouvelle sans cesse et qui emporte avec elle les émanations du ma-

ade. Est-ce à dire pour cela que jamais on ne contractera la peste dans ces conditions?

On cite Abouzabel, c'est-à-dire trois ou quatre médecins. Mais ce fait isolé suffit-il pour qu'on en fasse une loi? Je ne le pense pas.

Quiconque a suivi des épidémies de peste a pu se convaincre que cette maladie offre des caractères extrêmement variables.

Une fois elle enlèvera tous les habitants d'une maison ; une autre fois elle tue celui-ci et épargne celui-là.

Ici elle laisse déserte toute une habitation, là elle ne fait périr que le tiers des habitants.

Ceux-ci prétendront-ils qu'elle n'est point contagieuse? Et voici qu'un autre fait se produit tout à coup et ramène à une croyance opposée, comme si la peste prenait plaisir à dépister ceux qui veulent l'étudier.

Chérif-pacha, ministre des finances, habite un grand palais construit au milieu du Caire. En 1835, il met la moitié de son palais en quarantaine rigoureuse et laisse l'autre moitié en libre pratique. Dans la première division, point de peste ; dans l'autre, au contraire, la maladie pénètre et y fait de nombreuses victimes. Bien que j'admette que des gens en quarantaine ont eu la peste, il n'en faut pas moins conclure que la séquestration en général offre des garanties. En Égypte, tous les médecins la conseillent, et le gouvernement en a sanctionné le principe.

En 1835, les établissements du gouvernement, présentant un effectif de 23,605 personnes, furent hors des atteintes de la peste, quand autour d'eux la maladie sévissait avec fureur.

Passons à une autre question.

Puisque la peste peut envahir l'Europe, que faut-il faire pour s'en préserver?

Conserver nos lazarets, voilà la réponse de la commission. Les lazarets, contre lesquels on s'est élevé avec une sorte d'acharnement, ont résisté à l'épreuve ; leur utilité ressort plus évidente que jamais du travail de la commission.

C'est qu'en effet il n'est point de rempart plus puissant contre la peste.

La Grèce est à peine indépendante qu'elle crée des lazarets ; la peste y pénètre, mais meurt faute de pouvoir en franchir les murailles.

Cela s'est également vu à Marseille, à Livourne, à Gènes, à Venise, etc., etc.

Depuis l'établissement de ses lazarets, Syra n'a jamais eu la peste, et pourtant elle est souvent entrée dans son lazaret. Faudrait-il donc supposer qu'elle n'est endémique que dans cet établissement?

Smyrne avait quelquefois la peste ; on y élève des lazarets, et la peste cesse de s'y montrer.

M. Ségur Dupeyron interroge à ce sujet les médecins de cette ville, qui lui font cette réponse :

« Nous soussignés, médecins exerçant à Smyrne, déclarons sur « l'honneur et devant Dieu que depuis l'année 1838, *époque* de la créa- « tion d'un office sanitaire à Smyrne, nous n'avons visité aucun malade « de la peste ni entendu dire que personne autre les eût visités.

« Nous déclarons, en outre, que le bruit de peste ne s'est fait entendre « depuis 1838 que trois fois, et cela chez des individus provenant « d'Alexandrie et de la Syrie par des bateaux à vapeur arrivés ici et mis « en quarantaine. » Suivent 27 signatures.

Il n'est personne, à coup sûr, qui ne préférât l'abolition des lazarets à leur conservation ; mais je ne vois pas que ces établissements doivent crouler sous les coups des adversaires que j'ai entendus ou dont j'ai lu les ouvrages. J'abandonne un instant toute idée de contagion, et, ne reconnaissant que l'infection, voyons où nous mènera cette théorie.

Un navire venu à Marseille a la peste : qu'en fera-t-on ? J'entends dire : « Disséminez les malades, les gens de l'équipage, les effets, les marchandises, car la dissémination est le moyen par excellence. » Très-bien. Mais où faut-il que je dissémine ? Dans la ville ? Mais les malades placés dans leurs chambres, quelque disséminés qu'ils soient, vont faire naître des foyers d'infection qui seront funestes pour les personnes qui les soigneront.

Faut-il disséminer dans les champs, sous des tentes ? Mais d'abord, si en Égypte les intempéries des saisons ne sont pas à redouter, elles sont, au contraire, fort redoutables en France.

Nous n'irons certainement pas exposer des malades à la pluie, au vent, au froid ; nous les placerons, au contraire, dans des lieux convenables, nous les entourerons de soins minutieux.

Une autre question : Permettrez-vous aux parents, aux amis, de voir, de soigner les pestiférés, en leur abandonnant la faculté d'aller, de venir à volonté ?

Je m'arrête, effrayé du danger que j'aperçois.

Obligés de maintenir les lazarets, quelle doit être la durée de la quarantaine ?

La commission admet que la période d'incubation ne dépasse jamais huit jours. Je ne comprends pas que l'organisme doive se prêter à un principe aussi absolu. Comment, il serait vrai que l'incubation de la peste ne pourrait être que de huit jours au plus chez des enfants, des femmes, des hommes adultes et des vieillards, c'est-à-dire que ni l'âge, ni le sexe, ni l'état de santé, ni le tempérament, ne peuvent influer sur le temps de cette incubation ! Je ne puis y croire.

On cite des faits puisés, dit-on, dans une longue période : je le veux

bien : mais peut-on certifier que là où l'arbitraire, l'ignorance, les préjugés ont dirigé les opinions de l'administration, on doive avoir une foi aveugle en ses archives ? Je soumets ces réflexions au jugement de l'Académie.

Voyons pourtant s'il n'existe pas d'autres faits qui constatent une période d'incubation plus longue. (Il résulte d'un tableau que M. Hamont a dressé à cet effet, que dans plusieurs cas la période d'incubation a dépassé les limites qu'on lui assigne.)

Voilà, ajoute M. Hamont, un homme, Pietro di Papa Giovanni, chez qui l'incubation a été de dix-sept jours, et un autre, le garde de santé Giovanni Patriechio, chez qui elle a été de neuf jours, puisqu'il est monté à bord le 18 et qu'il est tombé malade le 27 juin.

Dans le dernier rapport adressé à M. le ministre du commerce, M. de Ségur-Dupeyron mentionne plusieurs autres faits semblables. Je cite celui-ci qui m'a paru le plus remarquable. Il s'est passé au lazaret de Koulili.

« Méhémet-Hussein, âgé de 35 ans, natif de Césarée, habitant Constantinople depuis son enfance, fut chargé, comme portefaix, de « transporter du quai au lazaret de Koulili quelques marchandises et les « bagages des passagers arrivés le 8 juin par le navire du capitaine « Yazidgi-Ozlou. Ce portefaix ne mit jamais le pied à bord du navire infecté, et ne fut employé qu'au transport des bagages et pendant leur « débarquement. Les objets furent totalement débarqués le 11 juin, et ce « portefaix tomba malade de la peste le 22, ce qui donne une incubation de onze jours. »

Ce fait démontre, en outre, que la peste peut se communiquer par des hardes.

Pour donner plus de poids à ses opinions, la commission cite le lazaret d'Alexandrie, où les médecins les plus contagionistes, dit-elle, ne font subir aux provenances de Constantinople qu'une quarantaine de huit jours. Je ne conteste pas le fait ; mais la commission a dit ailleurs que la peste qui vient de Constantinople est bien moins à craindre que celle d'Egypte. Je trouve donc très-logique qu'on agisse ainsi pour les provenances de Constantinople.

Est-il bien démontré que la peste ne revêt le caractère épidémique que tous les dix ans ou à peu près ?

Les médecins d'Égypte le pensaient, je l'ai pensé aussi ; la commission adopte cette opinion.

Je suis obligé d'avouer que des recherches ultérieures me l'ont fait abandonner.

Depuis 1700 jusqu'en 1838, c'est-à-dire pendant une période de 138 ans, la peste a paru 17 fois tous les ans, 9 fois tous les deux ans, 2 fois

tous les trois ans, une fois tous les quatre ans, 6 fois tous les cinq ans, 2 fois tous les six ans, 2 fois tous les sept ans, 2 fois tous les huit ans, une fois après neuf ans, 2 fois tous les dix ans.

J'ai fait ce dépouillement sur des documents officiels puisés au ministère des affaires étrangères.

Un autre dépouillement fait au couvent des prêtres catholiques au Caire a fourni à M. Gaëtani-Bey une somme de renseignements à peu près semblables.

Quelles sont les époques des invasions de peste ? Un résumé exact que j'ai fait d'un tableau publié en 1839, et mentionnant une période de 138 ans, me donne ce résultat : la peste s'est déclarée en février, mars, avril et mai. La commission a oublié de dire qu'en 1834 cette maladie a éclaté à Alexandrie dans le mois de juillet, et qu'elle existait à Narbaro et à Damiette pendant les mois de juillet et août.

La peste épidémique est seule transmissible, dit la commission.

Si réellement elle n'était épidémique que tous les dix ans, les lazarets n'offriraient qu'une utilité rare, de loin en loin ; et si elle ne se montre que dans certains mois de l'année, les départs pendant les autres mois peuvent avoir lieu sans crainte pour l'Europe. Or, tout cela malheureusement n'est pas.

Passons aux conclusions pratiques.

P. 2. « La patente de santé sera *brute* quand régnera dans le pays « une épidémie pestilentielle, ou même quand celle-ci sera imminente. » Reste à déterminer maintenant quand elle sera imminente ; à quels signes reconnaîtra-t-on cette imminence ? Il est impossible de la reconnaître d'une manière positive et toujours ; aussi existera-t-il constamment de l'arbitraire.

P. 3. « La patente de santé pourra être encore brute lorsque les pestes « sporadiques seront susceptibles, par leur nombre et leur intensité, de « faire naître des craintes relativement à la propagation de la maladie. »

Cette proposition conduit à cette demande : Où s'arrête la sporadicité, ou commence l'épidémicité ? combien de cas sporadiques faudra-t-il pour qu'on ait à craindre la propagation du mal?

Ces propositions renferment quelque chose de vague ; elles peuvent donner lieu à des méprises qu'il est bon de prévenir.

Un médecin non contagioniste laissera augmenter considérablement le nombre des cas sporadiques et ne fera par moins délivrer des *patentes nettes*.

Un autre médecin avec des idées opposées verra toujours une imminence de peste et fera délivrer, au contraire, des *patentes brutes*.

P. 4. « Dans tous les autres cas, la patente sera *nette*. » Quels sont ces autres cas ?

La peste ne quitte pas l'Égypte, et il est très-rare qu'on ne rencontre pas toujours, dans une ville ou un canton, plusieurs pestiférés. Or, qui peut assurer que, de la veille au lendemain, par exemple, les cas de peste n'augmenteraient pas au point de faire craindre la propagation de la maladie ? Personne.

Art. 6. « Tout bâtiment de la marine royale. tout paquebot-poste « venant du Levant, aura à bord un médecin. Il est à désirer que ce « médecin ressorte de l'administration de la santé de France. »

C'est une proposition générale tendant à amener la création d'un corps de médecins spéciaux qui demeureraient dans les échelles du Levant et seraient placés à bord des navires de l'État.

Ils auraient pour mission de reconnaître l'état sanitaire du pays, celui des passagers et des équipages.

Je ne vois pas la possibilité de faire agréer cette proposition. Voyons en effet ce qui se passerait, le cas échéant.

Un médecin sanitaire est placé à Alexandrie ; il entend dire que des cas de peste ont éclaté dans un ou plusieurs quartiers de la ville ; quel est son premier devoir ? D'aller vérifier sur les lieux si ce qu'on lui a dit est vrai. Il trouve des malades logés dans des tanières humides, comme toutes celles des fellahs ; il les visite avec attention, les touche, les voit plusieurs fois dans le jour, retourne les visiter le lendemain, et rend compte au consul.

La commission a-t-elle sérieusement songé à ce qui doit résulter de cette institution ? Est-ce que ces médecins ne pourront pas devenir, eux aussi, des foyers d'infection ambulants, si redoutables, au dire de la commission ?

Maintenant, comment des médecins qui ont vu, touché des pestiférés dans leurs chambres, pourraient-ils visiter des passagers sans les exposer à la peste ?

Et puis pensez-vous que des femmes en voyage se laisseraient visiter par les médecins ?

Cette proposition n'est pas acceptable.

Parag. 14. « Pour les navires ayant un médecin sanitaire à bord et « venant d'Égypte, de Syrie et de Turquie, avec *patente nette*, la qua- « rantaine sera de dix jours pleins à compter du départ, quand la peste « ni aucune maladie suspecte ne se sera manifestée pendant la tra- « versée. »

Parag. 16. « Pour les navires du commerce n'ayant pas de médecin « à bord, il sera prescrit, avec *patente nette*, une quarantaine d'obser- « vation de *dix* jours pleins, à partir de l'arrivée. »

Pourquoi cette différence ? D'abord, est-ce que la période d'incubation n'est plus de huit jours ?

Et puis, il y a déni de justice : deux bâtiments, l'un de l'État, l'autre marchand, partent ensemble, le même jour, avec patente nette, du port d'Alexandrie ; ni l'un ni l'autre n'ont de malades ; tous deux sont arrivés sans avoir touché nulle part. De quel droit impose-t-on au navire marchand dix jours de quarantaine d'observation , quand il en a passé déjà quinze ou vingt en mer ?

Parag. 15. « La quarantaine sera de quinze jours pleins à partir du « départ, pour les navires de l'État, paquebots arrivant avec *patente* « *brute*, s'il ne s'y est manifesté ni peste, ni maladie suspecte, avant « le départ ou pendant la traversée. »

Nous ne comprenons pas. *Puisqu'il n'y a eu* à bord ni *peste*, ni *maladie suspecte*, et que l'incubation ne peut être que de huit jours au plus, pourquoi quinze jours de quarantaine?

Parag. 17. « Quand les navires du commerce arriveront au port avec « *patente brute* sans avoir eu en mer ni *peste* ni *maladie suspecte*, ils « subiront une quarantaine de *rigueur* de quinze jours à partir de « l'arrivée. »

Ce qui veut dire positivement que la commission abandonne sa première opinion sur le temps de l'incubation.

Résumé. 1° Il n'existe pas de constitution pestilentielle autre que celle formée par les émanations des localités où naît la peste et les émanations des malades.

2° La peste est transmissible d'Orient en Occident.

3° Que cette transmission se fasse par des foyers d'infection ou autrement, l'Europe doit s'entourer de lazarets.

4° Il n'est pas démontré que la peste ne soit pas contagieuse.

5° La période d'incubation de la peste peut durer plus de huit jours.

6° La peste épidémique ne règne pas seulement tous les dix ans.

7° La peste se montre en février, mars, avril, mai, juillet, août, et peut continuer les mois suivants.

8° La peste existe constamment en Égypte.

9° Le nombre des cas sporadiques peut être assez considérable pour que toujours on doive craindre la propagation du mal.

10° L'institution de médecins sanitaires ne peut remplir le but désiré par la commission.

11° Les conclusions de la commission sur la durée des quarantaines à imposer aux bâtiments marchands, aux paquebots-postes ou navires de l'État, ne sont ni fondées, ni la conséquence d'un principe posé par elle.

Conclusions. Nous demandons :

1° Que toujours les provenances d'Égypte soient soumises au régime de la patente brute ;

2° Qu'une quarantaine de quinze jours, voyage compris, soit imposée à tout bâtiment marchand ou autre venant directement d'Égypte;

Et 3° enfin, que la durée de la quarantaine soit fixée par l'administration sanitaire toutes les fois qu'une maladie suspecte, ou la peste, se sera déclarée à bord.

Voilà donc, messieurs, où nous conduit le maintien forcé des lazarets. Quelles difficultés, quels embarras, quelles entraves! une grande administration sanitaire, des médecins au point de départ des navires, des médecins dans les lazarets.

Quelles complications dans tout ce qui touche aux quarantaines!

Il faut se garder des hommes, il faut se garder des marchandises, enfermer les uns, purifier les autres.

En définitive, où tout cela mène-t-il? Que donnons-nous de neuf? Quelles sont nos réformes? Qu'avons-nous fait pour l'humanité? Rien, ou peu de chose.

Sans doute, s'il arrivait aujourd'hui que la peste envahît l'Europe, il n'est pas un médecin qui ne courût au-devant du danger, qui ne s'enorgueillît de secourir son semblable.

Mais pourquoi des lazarets et toute cette kyrielle d'entraves?

Est-ce que le commerce, est-ce que les relations entre peuples, est-ce que la civilisation le veulent ainsi?

Non. Ces obstacles, ces retards, ce mal enfin, proviennent de quelques hommes et de ce que les nations civilisées n'ont pas encore voulu qu'il en fût autrement.

La question des lazarets est certainement une question importante; mais ce ne peut être qu'une question en attendant.

Dans son travail, la commission a laissé un vide que l'Académie doit remplir. Les causes de la peste étant connues, il est de son devoir d'en demander la suppression. Elle doit dire à la France, à l'Europe, comment la civilisation peut intervenir, comment elle assainira le Delta.

Eh! messieurs, cette œuvre est facile. Un peu d'hygiène, un peu de pain, et vous aurez chassé du globe un mal dont la continuation marquerait au sceau de la honte la civilisation si vantée de notre époque.

Quand, dans une localité quelconque, un médecin est appelé pour combattre une endémie ou une épidémie, son premier soin est d'en rechercher les causes et de les signaler, pour les détruire, aux autorités compétentes.

Ici, qu'est-ce que l'Académie?

L'Académie est le médecin de toute l'humanité; elle sollicitera donc de l'Europe le dessèchement de cette source infecte d'où jaillit la peste. Voilà son rôle; elle ne peut l'abdiquer.

Aujourd'hui l'Égypte n'a plus qu'un semblant d'armée; sa flotte,

création inutile, gouffre d'hommes et d'argent, pourrit dans le port d'Alexandrie.

En pleine paix, elle pourrait donc s'occuper activement d'asseoir une hygiène publique telle qu'on peut raisonnablement la désirer.

A ce point de vue, pourquoi la France, et même l'Europe, n'interviendraient-elles pas s'il le fallait ?

Quand il s'agissait de guerre, quand pour une province disputée au Grand Seigneur par un vassal, le feu manqua de prendre aux quatre coins de l'Europe, quatre grandes puissances intervinrent, et la paix fut signée.

Et bien ! cette peste qu'enfante le Delta, n'est-ce pas une menace de guerre incessante faite par une partie très-infime du monde au monde entier? N'est-ce pas la mort planant toujours sur la tête de populations indigènes et exotiques?

Là, il s'agissait d'un intérêt matériel ; ici, messieurs, il s'agit de la vie des peuples.

Si l'intervention de l'Europe fut nécessaire dans le premier cas, elle doit l'être bien autrement dans le second.

L'existence, la fortune de milliers de familles, ne peuvent plus être subordonnées aux éventualités d'une maladie que fait naître un ordre de choses incompatible avec la civilisation.

Pour atteindre ce but, l'Europe n'a pas besoin du déploiement de forces matérielles ; un mot lui suffira, et en le prononçant elle aura dit aux Barbares que désormais l'empire ne peut exister que *là où est la lumière*.

Une sorte de solidarité règne entre les nations ; aucune d'elles ne peut faire la guerre sans avoir reçu en quelque sorte l'assentiment de l'Europe. Au nom de l'humanité, nous demandons que cette solidarité s'étende davantage, qu'il ne puisse être permis à un peuple de compromettre volontairement, sciemment, la santé, l'existence des autres. C'est un principe d'hygiène internationale que nous désirons voir consacré ; est-ce trop demander?

En terminant, j'ose appeler sur ces graves questions toute l'attention de l'Académie. Qu'elle veuille bien compléter un mandat qu'on ne peut lui nier. D'un pays couvert de plaies, elle aura fait un lieu de délices, et les peuples, en la bénissant, inscriront son nom parmi les noms des plus grands bienfaiteurs de l'humanité.

M. Gaultier de Claubry : Je ne puis admettre le principe fondamental formulé par la commission, qu'il y ait une distinction de quelque importance à établir entre la peste sporadique et la peste épidémique, soit au point de vue nosologique, soit parce que cette distinction jetterait dans un singulier embarras nos agents consulaires qui auraient à donner une indication officielle sur l'état sanitaire de l'Égypte au moment du départ de nos bâtiments.

La commission a établi de la manière la plus incontestable que la peste, endémique dans la Basse-Égypte, se développe spontanément sous l'influence de conditions déterminées, les unes en quelque sorte inhérentes au sol ou propres à la population misérable qui l'occupe, les autres liées à la météorologie de la contrée, les unes et les autres agissant sur une grande partie de la population.

Nécessairement endémique dans la Basse-Égypte, la peste y apparaît le plus souvent à l'état sporadique. A certaines époques, elle s'y montre épidémique; mais je ne puis admettre, avec la commission, que cette différence dans le nombre des cas de peste constitue une différence essentielle dans la maladie elle-même. Ce qui se passe sous nos yeux dans les contrées marécageuses, où les fièvres intermittentes sont endémiques, prouve le contraire.

Au printemps, l'influence des miasmes paludéens est encore peu considérable; il n'y a que quelques cas isolés de fièvres intermittentes légères, faciles à guérir, susceptibles même d'une guérison spontanée. Quand l'été est arrivé, les cas deviennent plus nombreux; les fièvres se présentent plus graves, sont d'une guérison plus difficile; quelques cas même revêtent le caractère pernicieux. Les fièvres intermittentes étaient sporadiques dans le premier cas; elles constituent une épidémie dans le second. Mais qui songerait jamais à établir quelque différence de nature, à parler d'une constitution épidémique? Il en est absolument de même pour la peste, qui, endémique en Égypte, y existe constamment à l'état sporadique, et y devient épidémique à certaines époques de l'année, à des intervalles de temps plus ou moins longs.

L'existence plus ou moins constante de certains symptômes extérieurs ne prouve pas non plus qu'il y ait quelque différence entre la peste sporadique et la peste épidémique. La peste, considérée en général, s'accompagne le plus ordinairement de bubons; la commission le reconnaît elle-même. Mais si la peste sporadique n'offre pas constamment des bubons, la peste épidémique, de son côté, n'en présente pas toujours non plus. Dans le premier cas, tantôt l'influence des causes productrices de la peste a été assez peu prononcée pour que l'affection des ganglions lymphatiques n'ait pas lieu; dans le second, tantôt c'est une raison semblable qui détermine un résultat analogue, malgré l'intensité générale de l'action des causes; tantôt cela tient à ce que l'influence sur l'organisme est si promptement profonde, que des désordres mortels surviennent avant que les accidents extérieurs de la peste aient pu être produits. Toujours est-il que la peste sporadique présentant souvent des bubons, et la peste épidémique n'en offrant pas toujours, ce caractère, résultant de l'existence ordinaire des bubons dans la peste épidémique, ne peut être invoqué en preuve d'une différence entre cette dernière et la peste sporadique.

On comprend néanmoins que quand la multiplication dans le nombre des malades, l'encombrement qui en est la conséquence dans les maisons, ont singulièrement multiplié les foyers d'infection miasmatique qui se forment autour des pestiférés, un élément de plus vient à s'ajouter à l'influence des causes générales de la peste, et imprimer un caractère plus grave à cette dernière quand il éclate une épidémie fort étendue. Dans le cas de peste sporadique, les foyers d'infection existent à peine, les rapports du dehors sont peu nombreux. La maladie se transmet rarement aux assistants ; on peut jusqu'à un certain point en révoquer en doute la transmissibilité. Il y a de même peu de morts et beaucoup de guérisons, tandis que le contraire a lieu nécessairement, sous tous ces rapports, quand il existe une épidémie très-étendue. Mais cela peut-il induire à admettre une différence essentielle entre la peste sporadique et la peste épidémique? Je ne le pense pas.

La commission a beaucoup parlé d'une constitution pestilentielle non existante dans le cas de sporadicité de la peste, préexistant au contraire à la peste épidémique, et tenant sous son influence toute la population. Entre autres preuves, elle a allégué le fait d'individus qui, ayant éprouvé précédemment une attaque de peste, ressentiraient dans les cicatrices de leurs bubons des douleurs qui leur serviraient à annoncer la prochaine invasion d'une épidémie de peste. Mais un ancien pestiféré de l'expédition d'Égypte ressentait, plus de dix ans après, des douleurs dans les cicatrices de ses nombreux bubons, au moindre changement de la température, quand le temps était à l'orage, quand il avait fait quelque excès de régime. Ces phénomènes indiquaient-ils à distance la prochaine invasion d'une peste épidémique dans quelque contrée lointaine? Si cet homme était arrivé en Égypte peu de temps avant l'époque où une épidémie de peste aurait apparu, les phénomènes sympathiques qu'il éprouvait dans les réactions de ses anciens bubons auraient-ils dû jouir de la valeur en quelque sorte prophétique que la commission semble accorder à cette sorte de phénomène?

En vain la commission s'est efforcée de fixer les époques différentes des deux pestes qu'elle admet. La peste sporadique se manifeste surtout dans les premiers mois de l'année, la peste épidémique ne se montre que dans les mois d'été. Mais les deux périodes de temps se succèdent sans interruption : la fin de la première précède immédiatement le commencement de l'autre. L'agence sanitaire, chargée de faire connaître l'état sanitaire de l'Égypte, ne pourra-t-elle pas croire qu'on est encore dans la première période, et qu'il n'y a point ou seulement qu'il y a peu de danger de transmission de la peste qui doit n'être encore que sporadique? ou bien ne croira-t-elle pas prématurément être déjà entrée dans la période de la peste épidémique avec tous les dangers qui l'accompagnent?

Le nombre des malades et surtout des morts est peu considérable, nous dit-on, dans la peste sporadique ; mais ce nombre des malades ne va-t-il pas sans cesse en croissant à mesure qu'on arrive à l'époque de l'invasion de la peste épidémique ? De son côté, cette dernière n'attaque pas de prime abord un nombre incalculable de malades, et elle ne cause pas la mort de tous ceux qu'elle atteint. Combien faudra-t-il de cas graves et de cas de mort pour que l'agence sanitaire déclare qu'une peste épidémique existe ? En outre, combien faudra-t-il qu'il existe de cas graves pour que l'agence signale l'existence préalable de la constitution épidémique pestilentielle ?

Par les motifs qui ont été présentés précédemment, l'agence sanitaire ne saurait prendre pour base de sa détermination l'absence ou la présence des bubons. Puisque la peste sporadique, que la commission nous présente comme si peu grave, et dont elle semble ne pas croire à la transmissibilité, est cependant souvent accompagnée de bubons, l'agence sanitaire, se rappelant la définition que la commission a donnée de la peste en général, ne devra-t-elle pas déclarer que cette maladie existe en Égypte, si elle rencontre un seul cas, peut-être sporadique, qui présentera cet accident extérieur de la peste ? D'un autre côté, elle aperçoit bien çà et là quelques cas de peste avec bubons ; plusieurs de ces cas sont même suivis de la mort des malades ; mais l'agence sait qu'on n'est pas encore arrivé à l'époque de l'année où la peste épidémique se manifeste. Devra-t-elle déclarer que ce n'est pas là encore le commencement de la peste épidémique ?

Toutes ces considérations prouvent évidemment combien est dénuée de fondement la distinction établie par la commission, d'une peste sporadique et d'une peste épidémique de nature différente. D'ailleurs, la commission elle-même vient détruire son système favori, quand, entrant dans la voie des explications pratiques, elle établit que « tout bâtiment quelconque, quelle que soit sa patente, qui aura eu ou qui aura à bord, à son arrivée dans un port français, un malade atteint de la peste, sans distinction de sporadique ou d'épidémique, ou même d'une maladie suspecte, devra être soumis à une quarantaine de rigueur !..... » Que devient donc la grande distinction systématique entre les deux sortes de peste ? Il n'est plus question des époques différentes de l'année, de l'absence ou de l'existence d'une constitution épidémique coïncidente ; il y a *un cas de peste*, même de *maladie suspecte*, et cela devient suffisant pour justifier la prescription d'une quarantaine de rigueur !

Mais la peste est transmissible hors des foyers d'infection, et la transmission s'effectue par les miasmes qui s'échappent du corps des malades. — Il semble superflu de rechercher l'influence du contact immédiat comme mode de transmission de la maladie, attendu qu'il ne peut y avoir

de contact immédiat sans que la personne qui touche le pestiféré ne soit plaçée dans le rayon, d'ailleurs plus ou moins étendu, des miasmes pestilentiels dont ce dernier est environné. Aussi un médecin qui mourait de la peste, victime du zèle qu'il avait apporté à soigner les pestiférés, disait-il à un ami qui le visitait : Venez me voir dorénavant ; mais ne me touchez pas.

Des mesures administratives sont indispensables sans doute pour prévenir les effets de ces foyers d'infection miastique ; mais un grand et important fait d'observation semble permettre de prendre une mesure à la fois simple et efficace de satisfaire à tout ce que la prudence a droit d'exiger dans l'intérêt des populations. Il paraît démontré que, loin des foyers d'infection, la peste n'a jamais éclaté chez les personnes compromises après un isolement de huit jours.

Une maladie analogue à la peste par les affreux ravages qu'elle cause aussi, susceptible, comme cette dernière, d'un développement spontané sous l'influence de causes déterminées, comme l'encombrement, la misère, etc., et qui se propage ensuite hors des lieux où elle a pris naissance par l'action des miasmes qui s'exhalent des corps des malades, et qui créent autour de ces derniers de véritables foyers d'infection, le typhus des armées, semble, comme la peste elle-même, n'avoir qu'une durée d'incubation limitée de huit jours. Tel est au moins le résultat des recherches auxquelles je me suis livré en étudiant quelques observations détaillées de typhus, où l'époque de l'invasion de la maladie, après une communication avec des malades, a été relatée avec exactitude.

Il résulte de là que, quelle que soit la condition sanitaire du pays d'où vient un bâtiment, s'il n'y a pas eu à bord de cas de peste ou de maladie suspecte pendant la traversée, il suffira pleinement d'imposer une quarantaine de dix jours, pour plus de sûreté, à compter du moment même du départ ; et dix jours aussi, à compter du moment de l'arrivée, s'il y a eu ou s'il y a encore à bord quelque cas de peste ou de maladie suspecte.

Dans cet état de choses, l'administration de la santé de Marseille méritait de la part de la commission le blâme le plus sévère, à raison des mesures, aussi absurdes que barbares, qu'en 1835 même elle a prises contre les malheureux pestiférés, et ce blâme aurait dû être également déversé sur les médecins et les chirurgiens de toutes les époques jusqu'au moment présent, pour avoir accepté, tout en protestant contre les décisions de l'administration, des apparences de fonctions médicales qu'ils savaient bien ne pas devoir remplir auprès des malheureux pestiférés. Si, depuis cent vingt ans, tous les médecins de Marseille avaient formellement refusé leur concours à l'administration, celle-ci aurait peut-être apporté à ses réglements les modifications importantes que réclame la voix de l'humanité.

M. Bousquet : Si, pour parler d'une maladie, il était absolument nécessaire de l'avoir vue, il y a ici bien peu de personnes qui auraient le droit de prendre part à cette discussion, et moi-même tout le premier je devrais m'abstenir. Mais il est, dans toutes les sciences, des vérités reconnues, des principes avoués, dont l'esprit se sert pour apprécier les vérités nouvelles qu'on lui propose.

La commission, hors un seul membre, n'a pas vu la peste ; c'est sur les lectures et sur les communications qui lui ont été faites qu'elle a composé le long et beau rapport que vous avez entendu avec un silence qui témoignait assez de l'intérêt qu'il vous inspirait, car le silence est certainement la plus grande faveur qu'on puisse obtenir dans les grandes assemblées.

Je ne me propose pas de suivre pas à pas le texte du rapport ; je me contente d'en examiner l'ensemble et d'en signaler l'esprit. D'autres vous en parleront sous d'autres points de vue : c'est l'avantage des grandes réunions de renfermer les esprits les plus divers.

En général, on étudie les maladies pour les guérir. Tel n'est pas le dessein de la commission. Il est une médecine encore plus précieuse : c'est celle qui se propose d'étouffer les maladies à leur origine et de les empêcher de naître. D'où vient la peste ? comment se propage-t-elle ? deux grandes questions qui composent à peu près tout le travail de la commission.

Premièrement, d'ou vient la peste ? quelle est sa patrie ? et dans sa patrie quelles sont les causes qui l'engendrent ? Je comprends, messieurs, tout l'intérêt de cette question, surtout les conséquences ; la commission hasarde là-dessus ses conjectures : je dis ses conjectures, car rien ne me paraît moins prouvé que l'origine qu'elle lui assigne. Non, je ne crois pas que les terres d'alluvion, ni les terres marécageuses, ni les habitations basses et mal aérées, ni l'air humide et chaud, séparés ou réunis, contiennent, engendrent la peste. Des terres d'alluvion, il y en a à l'embouchure de tous les fleuves ; les terres marécageuses abondent presque par tout pays. Et, d'autre part, les causes dont vous faites sortir la peste, les retrouvez-vous partout où la peste a été vue, non-seulement en Orient, mais en Europe, à Naples, à Rome, à Venise, à Vienne, à Barcelone, à Londres, à Moscou, à Stockholm, à Marseille, etc. ?

Ce n'est pas tout : dites-moi, je vous prie, comment les causes étant permanentes, l'effet ne l'est pas. A la vérité, la peste est toujours en Égypte, mais y est-elle toujours à l'état épidémique ? enlève-t-elle tous les ans le tiers de la population du Caire, comme elle a fait en 1835 ?

Il est digne de remarquer que, dans notre ignorance, nous donnons les mêmes causes presque à toutes les maladies. Consultez les nosologies :

les habitations basses et humides, la malpropreté, la misère, le chagrin, font toutes les maladies ; de sorte que si tout le monde était bien logé, bien vêtu, bien nourri, il semble que l'âge d'or régnerait éternellement sur la terre.

Les maladies, dites-vous, fuient devant la civilisation ; lesquelles je vous prie ? A coup sûr ce n'est ni la fièvre typhoïde, ni le typhus, ni la fièvre intermittente, ni la fièvre jaune, ni le choléra, ni la phthisie, ni la petite vérole, ni la rougeole, etc.

La peste fuit devant la civilisation ! Vous oubliez que nous l'avons vue dans presque toutes les capitales de l'Europe et qu'elle est inconnue aux sauvages de l'Amérique et aux autres.

Si la commission connaissait réellement les causes de la peste, on pourrait lui reprocher d'avoir été si brève sur les moyens de l'éteindre ; mais elle ne les connaît que par conjectures. Elle voit une maladie, il lui faut des causes, et elle en suppose. Croyez-vous que si on lui mettait dans la main toutes ces causes et d'autres encore, elle s'engagerait à produire la peste ? Sans doute il est bon d'assainir les habitations, de donner des aliments à ceux qui en manquent, de les entretenir dans des habitudes de propreté, etc. Si cette réforme ne prévient pas la peste, elle préviendra d'autres maladies ; c'est bien assez pour la conseiller.

En attendant qu'on trouve les moyens d'éteindre la peste à sa source, il est prudent de chercher à l'arrêter quand elle est née ; pour l'arrêter, il faut savoir comment elle se propage.

A quelques égards, la commission ne nous donne pas son travail comme elle l'a lu ; elle en a fait deux éditions : dans la première, elle disait nettement ce qu'elle entend par *contagion* et par *infection*, et en conséquence de ses définitions, elle déclarait que la peste n'est pas contagieuse ; dans la seconde édition, elle évite de prononcer le mot *contagion*, mais elle persiste à dire que la peste se transmet, qu'elle se communique des malades aux personnes bien portantes.

Et pourquoi tant de réserve dans le langage lorsqu'on en met si peu dans la pensée ? Comme elle doute que la peste se transmette par contact, la commission ne veut pas dire qu'elle est contagieuse. Elle se laisse troubler par une affaire d'étymologie, et au lieu de faire une définition de chose, elle fait une définition de mots ; parce que *contagion* vient de *tangere*, toucher, elle réserve l'épithète de contagieuses pour les seules maladies susceptibles de se communiquer par attouchement. Nous montrerons tout à l'heure que, même à le prendre ainsi, la peste est contagieuse. A présent nous disons que ces subtilités de langage sont indignes de la gravité de la matière ; nous disons que, dans les doctrines de la commission, on donne une idée incomplète du phénomène et on confond des choses très-distinctes.

Je m'explique. Si un pestiféré me communique sa maladie, il est évident qu'il m'envoie quelque chose qui la contient en puissance. Ce quelque chose, c'est un germe dans toute l'acception du mot. Si je touche le malade, ce germe me frappe directement : si je ne le touche pas, l'air le reçoit et me l'apporte ; mais l'air est passif et ne sert que de véhicule.

Ainsi la contagion n'emporte pas seulement l'idée de transmission, elle emporte aussi celle d'un germe, d'une semence, d'un œuf élaboré par un corps malade. Et, en effet, toute maladie est contagieuse, qui crée, avant de s'éteindre, un germe en état de la reproduire.

Telle est, j'ose le dire, l'idée qu'il faut se faire de la contagion.

L'embarras où s'est trouvée la commission vient d'une confusion d'idées : elle confond la transmission de la peste avec le mode de cette transmission, l'effet avec le moyen.

Elle n'a pas assez remarqué que, de même qu'elle s'ouvre plusieurs voies, la contagion s'insinue par divers procédés. Le *cow-pox* se transmet par l'air de vache à vache ; mais l'homme ne peut le recevoir que par inoculation : la gale, la pustule maligne se gagnent par des attouchements prolongés ; la rage s'inocule par la morsure de l'animal enragé ; la syphilis s'absorbe à la surface des membranes muqueuses ; la rougeole, la scarlatine, le typhus, se répandent dans l'air ; la petite vérole, le modèle des maladies contagieuses, réunit tous les modes de contagion : elle se communique par inoculation, par le toucher, par les vêtements et par l'air.

Vous le voyez, le mode de contagion varie dans toutes les maladies qui viennent de passer sous vos yeux ; mais elles sont toutes contagieuses aux mêmes titres : toutes, en effet, viennent d'un germe, et créent, avant de s'éteindre, un germe semblable à celui d'où elles sortent.

Réserver la qualification de contagieuses pour les seules maladies qui se gagnent par le toucher, c'est dire tout à la fois que la petite vérole est contagieuse et qu'elle n'est pas contagieuse : contagieuse quand elle se transmet par attouchement, non contagieuse quand elle se transmet par l'air.

Si le poison pestilentiel se répand dans l'atmosphère, si je le respire avec l'air, il n'en est que plus subtil et plus dangereux ; c'est toute la différence que j'y vois.

La commission appelle cela de l'*infection ;* elle en a le droit, car chacun est maître dans ses appellations. Mais en prenant cette liberté, elle m'en donne une autre : celle de lui dire qu'alors même qu'elle parle sa langue, elle n'en met pas plus de précision dans ses idées. En effet, ce mot *infection*, elle l'entend au moins de deux manières : tantôt l'infection, fixe, bornée, circonscrite, engendre la peste, et alors

l'infection, c'est l'ensemhle des causes que vous savez ; tantôt l'infection, variable, mobile, naît des malades eux-mêmes et propage la peste, et alors l'infection, c'est l'air chargé de miasmes pestilentiels.

Ainsi il y a deux infections : une pour faire la peste et l'autre pour la propager.

Il y en a même trois ; car maintenant la commission veut que la peste se propage à la manière des épidémies. Et pourquoi tous ces détours ? c'est pour laisser moins à faire à la contagion. Sans doute, lorsque la peste passe de l'état sporadique à l'état épidémique, il faut trouver des causes à cet accroissement ; mais ces causes sont-elles du même ordre que celles qui engendrent la maladie, ou de celles qui la répandent ? En d'autres termes, y a-t-il création incessante ou seulement propagation ? Dans les maladies non contagieuses, la question ne serait même pas faisable. Il est évident que lorsqu'il règne une épidémie de pneumonies, par exemple, les malades ne se communiquent pas leur maladie ; mais lorsqu'il règne une épidémie de petites véroles, je ne suis pas sûr, il s'en faut de beaucoup, que le premier malade n'ait pas infecté tous les autres.

En vain la commission voudrait-elle assujettir la peste aux lois de l'épidémie : elle suit invariablement celles des contagions. Les maladies épidémiques, suspendues en quelque sorte dans l'atmosphère, frappent çà et là sur plusieurs points à la fois. A proprement parler, il n'y a pas un premier malade, il y en a plusieurs, et ces malades reçoivent leur maladie des mêmes causes d'insalubrité. Ce n'est pas de cette manière que procèdent les contagions : on signale presque toujours un premier malade d'où sont sortis les autres. Ainsi, dans cette épidémie de 1835 où la commission puise presque toutes ses leçons, c'est un jeune Maltais qui porte la peste d'Alexandrie au Caire. Son nom était Giglio. Giglio communique sa maladie à ses deux frères, à un jeune homme de sa nation et à ses domestiques, au nombre de trois. Parmi ces domestiques était une esclave noire, laquelle transmet sa maladie à une autre esclave de même couleur qui habitait une maison contiguë ; celle-ci la transmet à son maître appelé Marco, et ainsi de suite. Pendant la peste de Marseille, en 1720, une femme va, contre l'arrêt du parlement, chercher un nourrisson dans la ville infectée : trois jours après, nourrice et nourrisson n'étaient plus. Le cadavre est porté à l'église et enterré. Le lendemain, cinq personnes qui avaient assisté à la cérémonie sont prises de la peste, et on remarque que c'étaient celles qui avaient approché le corps de plus près. Enfin la contagion se répand et enlève plus de la moitié du village, 426 sur 950 habitants.

A Moscou, à Venise, partout où l'on a pu se mettre sur les traces de la contagion, on la suit pour ainsi dire pas à pas. C'est comme un incen-

die qui se communique de proche en proche, et qui dévore tout ce qui est à la portée des flammes. Dans les grandes villes, dans les grands centres de population, remonter à la source du mal est quelquefois difficile ; mais il n'y a nul embarras dans les petites localités. Or, rien, à mon sens, n'est plus propre à démontrer la contagion que la manière dont la peste s'établit et se propage.

Voulez-vous encore un autre caractère qui sépare les contagions des épidémies? je le prends dans la peste elle même. Quelque menaçante qu'elle soit, on lui échappe presque sûrement en s'isolant ; remarquez que je ne dis pas en fuyant. Voulez-vous éviter une épidémie, la fuite est votre seule ressource ; si vous restez dans son périmètre, vous courez toujours le même danger. Au contraire, on peut braver la contagion en restant au milieu d'elle. Comment? je viens de le dire : en s'isolant, c'est-à-dire en rompant tout commerce avec le reste des habitants. Ainsi, à Moscou, la maison impériale des orphelins, composée de plus de 1,000 personnes, ferma ses portes, et elle n'eut pas un seul malade. A Marseille, les couvents qui se mirent en séquestre furent tous préservés. Et c'est là l'objection du professeur Deidier contre Chicoyneau. Si la peste, disait-il, n'est pas contagieuse, comment s'arrête-t-elle devant toutes les maisons qui lui ferment la porte? Mais Chicoyneau ne répondit jamais.

Que la peste franchisse quelquefois les barrières qu'on lui oppose, cela se peut, car la contagion a des ailes, et se tient toujours prête à profiter de la moindre infraction. Mais, même dans ces cas, comparez ses désordres avec ceux qu'elle produit quand on la laisse faire. Dans l'épidémie du Caire et d'Alexandrie, M. le docteur Lachèze voulut savoir quelle était l'influence de l'épidémie et quelle était celle de la contagion. Certes, le problème était délicat. M. Lachèze trouva que des personnes isolées, la peste en fit périr une sur 400, et des personnes en libre pratique, une sur 3. Voyez quelle différence ! A la vérité, cette différence vous paraît si grande, que vous lui cherchez une explication qui la réduise. Vous prenez ailleurs les termes d'un autre parallèle ; vous vous renfermez dans l'arsenal d'Alexandrie, qui ne réunit pas moins de 6,000 ouvriers : plus il y en a, plus l'isolement est difficile ; mais il n'importe. Vous arrivez, en effet, à une proportion beaucoup moindre ; mais elle est encore considérable, puisqu'elle est comme 1 est à 20. Ces chiffres montrent donc la puissance de l'homme pour modérer la propagation de la peste ! Il n'en faut pas davantage pour montrer qu'elle est contagieuse ; car l'homme ne peut rien contre l'influence épidémique.

La peste tient donc bien plus des maladies contagieuses que des maladies épidémiques ; mais ce n'est pas assez de dire qu'elle se trans-

met, il faut dire encore comment elle se transmet. Il est évident que la prophylaxie doit varier suivant le mode de transmission.

Et d'abord, la peste se transmet-elle par inoculation ? La commission n'ose se prononcer. Le doute est souvent un signe de sagesse ; mais je dirai, avec Fénélon, qu'on se trompe autant à douter quand il faut croire, qu'à croire quand il faut douter.

De mes lectures sur la peste et sur d'autres matières, il m'est resté dans l'esprit que la peste a été quelquefois inoculée avec succés. Samoïlovitz avait même proposé d'établir l'inoculation en système dans l'empire de Russie ; mais ces faits, je n'ai pu les retrouver. Au fond, j'en ai peu de regrets : ils sont anciens, et la commission n'en veut que de nouveaux, et parmi les nouveaux, elle n'en trouve pas qui la satisfassent. En 1801, Dussap inocula la peste à 12 personnes qui toutes la reçurent. On ne tient aucun compte de ces expériences ; elles manquent d'authenticité. Qu'entend-on par là ? Veut-on dire que Dussap en a imposé ? Dussap est mort de la peste en 1835 : on peut impunément outrager sa mémoire ; mais s'il entrait tout à coup dans cette enceinte, oserait-on lui tenir en face le même langage ? oserait-on lui dire que ce qu'il dit qu'il a fait, il ne l'a pas fait, que ce qu'il dit qu'il a vu, il ne l'a pas vu ?

La commission récuse le témoignage de Dussap ; récusera-t-elle aussi celui de Gaëtani-Bey ? Les expériences faites en 1801 ont été renouvelées en 1835 sur les mêmes lieux ; elles ont eu pour témoins MM. Clot, Bulard, Fourcaud, Gaëtani, Hamont et d'autres. Pour éprouver si la peste est inoculable, on s'essaya d'abord sur les animaux ; les matières de l'inoculation étaient choisies par les médecins et essayées par M. Hamont. Quelques chevaux furent indisposés ; ils eurent même des ecchymoses, des pétéchies dans les yeux ; mais ils n'eurent pas la peste avec tous ses caractères. Des animaux on passe aux hommes : il y avait cinq criminels comdamnés à mort ; les médecins les demandèrent à l'autorité pour en faire le sujet de leurs expériences. Trois d'entre eux furent inoculés avec du sang au pli du bras et par trois piqûres : deux eurent la peste ; le troisième résista. Je ne parle pas ici des deux autres, bien qu'ils aient eu la peste ; mais ils la reçurent d'une autre expérience.

Ces faits d'inoculation ne sont pas les seuls ; M. Rochoux vous en a cité d'autres.

Dira-t-on cependant qu'ils sont rares ? Je n'ai pas de peine à le croire. D'une part, l'expérience est trop perilleuse pour avoir été souvent tentée, et, de l'autre, l'art d'inoculer les maladies n'est pas un jeu de hasard ; il a ses principes et ses règles, dont les expérimentateurs ne semblaient même pas se douter.

Ils ont inoculé le sang et le pus des bubons ; mais quand même cette

inoculation n'eût rien donné, en faudrait-il conclure que la peste est inoculable? non certainement. Cela prouverait tout au plus que le virus pestilentiel n'est ni dans le sang ni dans le pus, ou bien encore qu'il n'y était pas au moment de l'inoculation ; mais il ne s'ensuivrait pas qu'il n'est pas ailleurs, ou qu'on ne l'aurait pas trouvé si on avait mieux choisi son moment.

Qui ne sait que tous les virus ne se fabriquent pas dans le même atelier ? Tantôt la nature les dépose dans les sécrétions, comme le virus de la rage et de la morve ; tantôt elle les renferme dans des réservoirs particuliers, comme elle fait pour la petite vérole et la vaccine ; tantôt enfin les germes zootiques s'exhalent de toute la surface du corps et se répandent dans l'air. Exemples : la rougeole, la scarlatine et le typhus.

En second lieu, si on croit que, pour reproduire une maladie contagieuse, il suffit d'en prendre le virus et de l'enfoncer dans les chairs, on se trompe ; il y a quelque chose de plus essentiel : c'est de prendre le virus à point, car la vie des virus est courte, et la faculté de se transmettre varie pour ainsi dire à tous les instants, jusqu'à ce qu'enfin elle s'éloigne.

Ces notions sont vulgaires ; mais elles ont été oubliées des expérimentateurs. Ne nous étonnons donc pas si leurs essais d'inoculation pestilentielle ont si mal réussi : toutes les œuvres de hasard sont nécessairement très-rares.

Mais eussent-elles été plus fréquentes, elles n'auraient pas plus de valeur aux yeux de la commission. Elle s'est fait un système avec lequel elle a réponse à tout.

L'inoculation échoue-t-elle ? c'est que la peste n'est pas inoculable. L'inoculation donne-t-elle la peste ? l'expérience ne prouve rien ; car elle a été faite dans le foyer d'infection. Et où voulez-vous qu'on expérimente, si ce n'est sur le théâtre de l'épidémie ?

A cette objection si souvent répétée, je me contenterai de répondre qu'on inoculait la petite vérole : on ne s'avisa jamais de dire que les inoculés recevaient la maladie de l'influence épidémique et non de l'opération.

Si j'insiste sur l'inoculation de la peste, c'est parce que, de tous les procédés de contagion, c'est le plus évident. Dans les autres, on n'a qu'un terme du problème ; les yeux voient l'effet, l'esprit suppose la cause. Ici tout est également sensible. Comment douter qu'elle soit contagieuse, la maladie dont on peut prendre le germe au bout d'une lancette ? L'inoculation établit donc la plus forte présomption en faveur des autres modes de contagion.

Si la commission était bien convaincue que la peste est inoculable,

peut-être ne se demanderait-elle pas si elle se transmet par le toucher.

J'avoue d'ailleurs que, quoiqu'elle ne soit séparée de l'inoculation que par l'épaisseur de l'épiderme, la transmission par attouchement n'est pas facile à démontrer. Pour vous faire une idée de cette difficulté, proposez-vous le même problème à l'égard de la petite vérole. Nous croyons tous que toucher un varioleux, c'est s'exposer à prendre sa maladie ; mais si on nous demandait les fondements de cette opinion, nous serions peut-être embarrassés pour répondre.

Quand j'approche un varioleux sans le toucher, il n'y a pas de difficulté : si je prendssa maladie, c'est l'air qui me la donne ; mais quand je le touche, comment saurais-je si je reçois la contagion de l'air ou du toucher.

Et cependant la commission n'hésite pas à déclarer que le toucher est sans danger. Elle tire toutes ses preuves de l'épidémie de 1835 en Égypte, comme s'il n'y en avait pas d'autres. Elle dit que les médecins de l'hôpital du Caire touchaient, maniaient les pestiférés, et qu'ils bravèrent tous la contagion, hors pourtant le docteur Rigaud, qui en mourut.

Elle a oublié que la peste ne se montra pas si douce pour les élèves ; elle oublie que, sur 20 élèves que l'école d'Abouzabel fournit à l'hôpital, il en mourut 19.

Elle oublie un fait, un grand fait qui balance tous les autres : c'est que ceux qui, en temps de peste, se séparent de la foule, ceux qui s'isolent, ceux enfin qui se cloîtrent, se préservent presque tous, et cela sans déserter les lieux infectés et sans cesser de respirer le même air.

Elle oublie enfin qu'à Moscou, en 1771, on observa que ceux-là prenaient la peste qui touchaient les pestiférés : tels les chirurgiens et les sous-chirurgiens qui les pansaient, les prêtres qui leur administraient les sacrements, les domestiques qui les servaient ; tandis que les médecins qui les approchaient sans les toucher, les chefs militaires qui les visitaient, les riches qui se tenaient à l'écart, résistaient à la contagion. Entendez Mertens : « *Omnes illi qui abstinent à communicatione quâlicumque cum ægris tam immediata quàm per varias substantias quæ seminium recondunt, à peste immunes remanent, etsi in eâdem regione, vel urbe vivant quas ista depopulatur* (p. 113). »

J'ai toute confiance dans les talents et dans la sincérité de MM. Bulard, Clot-Bey et les autres ; mais pourquoi la refuserai-je à Mertens et à Samoilowitz ? J'accepte donc les faits des deux parts : ils sont différents ; mais ils ne sont pas contradictoires. De ce que la peste se gagne par l'air, il ne s'ensuit pas qu'elle ne se gagne pas par le toucher. J'admets donc les deux modes de contagion.

La peste est-elle transmissible par les vêtements ?

Cette question me rappelle cette réponse d'un publiciste célèbre : *Je ne le sais pas ; mais je l'affirme.*

Il serait en effet bien extraordinaire que les germes pestilentiels qui s'élèvent des corps malades pussent se répandre dans l'air, et qu'ils ne pussent pas s'attacher à des corps aussi poreux que le sont, par exemple, le linge et les étoffes de coton et de laine !

Mais, en pareille matière, on ne peut se contenter de simples présomptions. Il faut des faits directs et positifs.

M. le docteur Grassi, médecin du lazaret d'Alexandrie depuis sa fondation en 1831, donne, comme un exemple de transmission de la peste par les habits, le fait suivant : En 1837, deux religieux du couvent de Saint-Jean-d'Acre périrent de la peste. Deux ans après, le nouveau président fit ouvrir une caisse oubliée dans un coin ; elle contenait des vêtements de moines ; le religieux qui l'ouvrit eut la peste et la transmit aux autres au nombre de huit ; ils succombèrent.

Je ne sais si, avant sa conversion, M. Clot eût accepté ce fait ; mais aujourd'hui il lui paraît suspect, et cela suffit pour que la commission n'en tienne compte.

Récusera-t-elle aussi le témoignage de M. Gaëtani, le collaborateur et l'émule de M. Clot ?

Dans cette trop fameuse peste de 1835, il a été fait une expérience solennelle que chacun raconte un peu à sa manière. Des cinq criminels dont nous avons parlé, trois, avons-nous dit, furent inoculés et deux périrent de la peste ; les deux autres revêtirent la chemise et les caleçons de quelques pestiférés en sueur ; ils firent plus, ils se couchèrent dans le lit qu'ils venaient de quitter. Ils eurent la peste tous les deux ; un en mourut.

Ici, on ne peut nier les faits : celui qui les raconte a été témoin oculaire, et il est là pour se défendre ; mais on en décline les conséquences. Qui sait, dit-on, si les sujets de ces expériences reçurent la peste des linges qu'ils s'appliquèrent sur le corps ou du milieu dans lequel ils vivaient ?

Vous le voyez, c'est toujours le même système ; de deux choses l'une : ou les faits sont faux, ou c'est l'interprétation qu'on en donne.

Nous avons dit comment la peste fit son entrée d'Alexandrie au Caire par la famille Giglio.

Au service de cette famille était une esclave noire à qui son maître avait fait présent de quelques mouchoirs ; elle les partagea avec une de ses voisines, esclave et noire comme elle. Fatal présent ! s'écrie M. Gaëtani. En effet, les deux esclaves succombèrent ; mais avant de mourir la seconde communiqua la maladie à son maître, lequel périt aussi, et la maison fut mise en quarantaine. Les survivants, craignant que les meubles et les autres effets ne fussent brûlés par ordre de l'autorité, imaginent pour les sauver des flammes de les faire passer par-dessus

une terrasse dans la maison contiguë où ils portèrent la contagion.

Je n'insiste pas, messieurs, sur ce mode de transmission ; il est sujet aux mêmes objections que tous les autres.

Tout fait recueilli, toute expérience entreprise sur le théâtre de la maladie paraît suspect à la commission ; car l'air est toujours là. Et soit que vous touchiez un pestiféré, soit que vous touchiez les choses à son usage, si vous avez la peste, on vous dira que c'est l'air qui vous l'a donnée. Car, dans l'opinion de la commission, l'air est le grand réservoir et le seul véhicule des germes pestilentiels. S'il n'y avait pas d'air, passez-moi la supposition, la peste ne serait pas transmissible ; avec l'air, c'est la plus subtile et la plus dangereuse des contagions. Les preuves abondent dans le rapport. Un seul malade suffit pour infecter toute une maison, au point que les personnes qui l'habitent et celles qui y mettent les pieds prennent presque infailliblement la peste : alors même que le malade n'y est plus, la maladie y est encore. Dans son premier langage, la commission appelait cela de l'infection : singulière infection qu'elle fait voyager sur les ailes du vent d'Alexandrie à Marseille!

Jusqu'ici nous sommes resté dans le foyer d'infection, il est temps d'en sortir : nous n'avons pas, pour nous y plaire, les mêmes raisons que la commission. Sur ce terrain, elle a pris, ai-je dit, une position inexpugnable, une position du haut de laquelle elle croit pouvoir repousser toutes les objections sans même daigner les examiner.

La peste se transmet-elle hors du foyer d'infection? La commission n'en doute pas. Comment se transmet-elle? comme au sein du foyer, au moyen de l'air.

Si elle peut se transmettre par le toucher, c'est l'objet d'un chapitre de sept lignes.

Celui qui traite de la transmission par les hardes et vêtements n'a que deux pages : c'est pourtant un des plus importants.

La commission conclut qu'il n'est pas au pouvoir des vêtements de se charger des miasmes pestilentiels et de les communiquer. La conclusion est un peu hardie : je ne le serai pas moins peut-être dans un autre sens. Pour moi, j'avoue que quand même les faits directs me manqueraient, ce que je sais de la contagion en général me porterait à croire à la transmission de la peste par le contact médiat : et je comprends sous ce titre non-seulement les hardes, mais encore les marchandises.

Un professeur de l'École d'Alfort, M. Delafond, a fait voir que les animaux pouvaient porter les miasmes du typhus dans leur fourrure et transmettre la contagion sans la prendre. Il est à ma connaissance que des blanchisseuses ont gagné la petite vérole en blanchissant le linge qui avait servi à des varioleux, et cela dans des lieux où cette maladie était inconnue, par exemple, au Canada.

J'ai lu quelque part, dans Paulet, si je ne me trompe, qu'après l'inoculation du duc de Chartres, dans le siècle dernier, un linge qui avait servi au pansement des plaies fut enfermé dans un tiroir où il resta pendant quatre ou cinq mois. Au bout de ce temps, la fille de son valet de chambre, enfant de 7 à 8 ans, ouvre ce tiroir, manie ce linge et reçoit la petite vérole. Il n'y en avait pas d'autre exemple dans la ville.

Un fait encore plus extraordinaire est celui que raconte le célèbre Hildenbrandt. Il en est le sujet et l'histoire. Tandis qu'il donnait des soins à une scarlatine, il portait un habit noir qu'il enferma ensuite dans une malle; il y resta pendant dix-huit mois. Sur ces entrefaites, Hildenbrandt est envoyé en Podolie ; à son arrivée, il reprend l'habit délaissé qui lui donne la scarlatine. Hildenbrandt ajoute qu'il la répandit dans toute une ville où elle était presque inconnue.

On dira sans doute que la peste n'est ni la petite vérole ni la scarlatine : je le savais ; mais je sais aussi qu'en matière de contagion, il est permis de s'aider de l'analogie.

L'analogie prépare à l'observation directe; ainsi je ne m'étonne plus d'entendre dire à M. de Ségur qu'un portefaix de Constantinople gagna la peste pour avoir porté les bagages des passagers du quai au lazaret. Inutile d'ajouter qu'il ne mit pas les pieds dans le navire.

Le même rapporte plusieurs autres exemples de ce même mode de transmission. Je conviens d'ailleurs, avec la commission, que la peste suivit de si près le débarquement, qu'à la rigueur il se pourrait que les malades en eussent pris le germe sur les lieux infectés. D'autre part, il serait bien étrange que la peste eût éclaté précisément au moment où on venait d'ouvrir les caisses et de toucher aux effets qu'elles contenaient ; mais on ne saurait reprocher à la commission d'être trop sévère.

Seulement, il ne faudrait pas que, sous couleur de sévérité, elle rejetât tout ce qui n'est pas à sa convenance. Un Grec arrive à Zante avec un ballot de bérets ; il a besoin d'argent, il en emprunte et donne en nantissement une caisse de sa marchandise. Six mois après, le débiteur ne reparaissant pas, on ouvre la caisse. Toute la famille du prêteur et le prêteur lui-même sont frappés de la peste ; les prêtres du pays sont appelés : ils prennent la maladie. Enfin, l'autorité prévenue fait transporter les malades au lazaret, et la peste s'arrête.

Ce fait, je le prends dans le rapport de la Société académique de Marseille : il ne me répugne pas de puiser à cette source. Pourquoi irais-je chercher loin de moi ce que j'ai sous la main ? Mes preuves auraient-elles plus d'autorité parce qu'elles viendraient de loin ? On dit que le souvenir de la peste de 1720 est encore vivant dans les murs de Marseille : je n'ai pas de peine à le croire. Il en est de même partout où la peste a pénétré ; oui, partout où elle a porté ses ravages, en Orient comme en

Europe, on la considère comme le plus redoutable des fléaux : on n'a de courage contre elle qu'en Occident et là où elle n'est connue que de nom.

Comment Marseille ne serait-elle pas sur le qui vive ? Depuis 1720, elle l'a reçue quatorze fois dans ses lazarets, et malgré toutes les précautions qu'on y prend, elle a sévi plusieurs fois parmi les employés. La commission ne le nie pas, elle ne discute que sur les moyens de transmission. Le dernier exemple d'importation est de 1819. Le capitaine Anderson, venant d'Alexandrie, perd trois hommes pendant la traversée : à son arrivée à Marseille, un malade restait à son bord ; on le transporte au lazaret, on reconnaît la peste : le garde de santé la gagne et meurt.

Quand il n'y aurait d'autres preuves de la contagion de la peste hors de sa patrie que la qualité des malades, on n'en pourrait pas douter. Ce sont toujours des employés des lazarets, des infirmiers, des chirurgiens quarantenaires.

Mais comment se fait cette transmission ? La commission répond toujours : Par l'air, rien que par l'air. Ainsi, elle réduit le plus qu'elle peut les modes de contagion, et celui qu'elle adopte, car il lui en faut un, elle le renferme dans les bornes les plus étroites.

Par exemple, elle dit que la peste n'est réellement contagieuse que quand elle règne épidémiquement ; elle ne l'est pas quand elle se tient à l'état sporadique. Voilà, certes, une singulière distinction.

Eh quoi ? un attribut aussi essentiel que la transmissibilité dépendrait du nombre des malades et non de la maladie !

Mais avant d'aller plus loin j'ai quelques questions à faire à la commission. Je lui demande en premier lieu où finit la sporadicité, où commence l'épidémicité ? Combien lui faut-il de malades pour faire une épidémie ?

Elle dit quelque part dans son rapport que, dans l'espace de trois ans, Alexandrie ou le Caire n'eut que 747 malades, ce qui fait 215 par an, et ce nombre ne lui paraît pas suffisant pour une épidémie.

Je la prie encore de me dire si toute maladie ne commence pas par être sporadique avant d'être épidémique, et si les premiers malades ne sont pas en général les plus maltraités.

Enfin, toutes ces distinctions fussent-elles aussi faciles qu'elles sont difficiles à établir, je dirai qu'il est au moins étrange de prêter à une maladie aussi parfaitement identique que la peste des propriétés toutes différentes suivant qu'elle attaque plus ou moins de monde.

Est-ce que la petite vérole n'est pas toujours contagieuse ?

Ah ! si l'on disait que la contagion est plus active, plus puissante quand il y a beaucoup de malades que quand il y en a peu, je comprendrais ce langage ; car plus une maladie est abondante, et plus sans doute

les circonstances lui sont favorables ; et si c'est une maladie contagieuse de sa nature, il y a nécessairement plus de germes répandus.

Si l'opinion de la commission était sans conséquence, elle ne nous arrêterait pas ; mais elle touche à la pratique, elle y touche de très-près. C'est sur ce faible fondement que la science s'appuie pour conseiller à l'administration d'admettre à libre pratique tout navire venant d'un port où la peste n'est que sporadique. Il eût été bien plus sage à elle de mettre en observation tout ce qui vient d'un pays où la peste est originaire, comme l'Égypte, soit qu'au jour du départ il y eût de ces cas de peste connus, soit qu'il n'y en eût pas ; car il pouvait y en avoir sans qu'on le sût.

Secondement, la commission, toujours flottant entre les dangers de la contagion et les intérêts du commerce, essaye de tourner la difficulté et de se tirer d'embarras en limitant la durée de l'incubation. Comme toutes les maladies contagieuses, comme toutes les semences végétales, la peste couve un certain temps avant d'éclore. C'est certainement une question délicate autant qu'importante que celle de savoir ce qu'il faut de temps au ferment pestilentiel pour se montrer au dehors.

Pour mesurer la durée d'un événement quelconque, il faut en connaître le commencement. Comment s'assurer du moment précis où se fait l'infection pestilentielle ? Tout est mystérieux dans cette opération : le malade lui-même n'en est pas averti. A défaut de signes plus sensibles, il faut noter le jour, l'heure où les sujets s'exposent à la contagion, et les suivre attentivement. S'ils ne se sentent pas pris de la peste, l'observation est perdue, c'est à recommencer ; s'ils en sont pris, on date l'empoisonnement du moment du danger.

Encore vous remarquerez qu'il sont perdus pour la science ceux qui vivent dans l'atmosphère pestilentielle ; car comment dire, dans ce cas, le moment où la contagion les a gagnés ? Il faut s'attacher exclusivement à ceux qui traversent, pour ainsi dire, la contagion sans s'y arrêter.

La commission donne à la peste huit jours au plus d'incubation ; en sorte que, d'après elle, tout sujet qui serait entré dans un foyer pestilentiel, s'il n'a pas la peste huit jours après en être sorti, n'a plus rien à craindre.

J'avoue, messieurs, qu'il me répugne de prescrire ainsi des bornes à la nature. Et cependant j'y serais peut-être plus autorisé que bien d'autres ; car moi aussi j'ai voulu savoir combien dure l'incubation de la petite vérole, et, chose singulière, je suis arrivé presqu'au même résultat. De 13 faits étudiés dans ce dessein, il y en a :

8	où la variole s'est	montrée	le neuvième	jour;
3	—	—	— le huitième	jour;
1	—	—	— le septième	jour;
1	—	—	— le dixième	jour.

D'où l'on voit que c'est du huitième au neuvième jour après l'absorption que paraissait la petite vérole.

Mais nous ne voudrions pas affirmer cependant que le virus varioleux ne couve jamais au delà de ce terme, et moins encore le virus pestilentiel. On cite des faits, en petit nombre il est vrai, où ce temps a été dépassé.

S'il est une maladie bien réglée dans sa marche, c'est la vaccine. Trois jours après l'insertion du vaccin, on est à peu près sûr de voir les premiers signes de l'éruption; et cependant je les ai attendus quelquefois jusqu'à quinze jours. Et remarquez qu'en en portant artificiellement le germe dans les chairs, je lui épargne bien du chemin et facilite singulièrement la suite de ses opérations. Les semences végétales elles-mêmes ne lèvent pas toutes à la même heure. Il en doit être de même des maladies qui naissent d'un germe, et à bien plus forte raison, car rien n'est variable comme les organisations. Quelque régulières qu'elles soient, il faut craindre de les renfermer dans des limites trop étroites. Chaque science a son génie; celui de la physiologie est de connaître les variations de la nature vivante et d'y conformer ses lois.

Enfin, la commission, dans son extrême désir de couper les ailes à la contagion, lui refuse la faculté de se répandre assez dans notre Europe pour créer une épidémie, à moins, ajoute-t-elle, qu'elle ne soit secondée par une *constitution pestilentielle*. Nul doute que la peste ne trouve plus de facilité de reproduction dans sa patrie originelle; néanmoins il ne faudrait pas s'y fier. Rappelez-vous, messieurs, la petite vérole : elle n'est pas d'origine européenne, c'est une étrangère parmi nous; mais il faut convenir qu'elle a bien gagné ses lettres de naturalisation.

Encore si on pouvait nous dire nettement en quoi consiste cette *constitution pestilentielle*, sans laquelle la peste ne peut vivre et se perpétuer parmi nous! Quels sont ses signes, ses caractères? Est-il un médecin assez clairvoyant pour l'annoncer seulement huit jours à l'avance? Non; on dit qu'il y a constitution pestilentielle lorsque la peste règne épidémiquement, en sorte que l'épidémie s'explique par la constitution et la constitution par l'épidémie.

Dans cette théorie, la contagion c'est l'étincelle qui enflamme la poudre; mais si, en 1720, Marseille n'eût pas reçu cette étincelle du capitaine Chatand, la peste serait-elle née dans ses murs sous la seule influence des causes locales? La commission n'est pas éloignée de le croire.

Il n'est pas de système plus désolant. Dans l'hypothèse de la contagion, si on ne peut prévenir la peste, on a du moins l'espoir de s'en rendre maître; mais si elle peut se produire d'elle-même, sans ferment, comment y échapper? Ainsi la commission place Marseille entre deux feux ou plutôt entre deux pestes : l'une lui vient d'Orient; l'autre, plus me-

naçante, couve dans ses murs. Je ne doute pas que Marseille ne soit sensible à tant de sollicitude ; mais elle ne craint que la peste d'Orient.

Après ces remarques sur l'ensemble du rapport, me sera-t-il permis de dire en quelques paroles l'impression que ma faite sa lecture ! Je l'ai lu d'abord avec plaisir. En le relisant avec plus de plaisir encore, il m'a semblé que quand M. le rapporteur a pris la plume, il n'avait pas une pleine connaissance de son sujet ; il l'a acquise en écrivant. S'il l'avait eue avant d'écrire, il se serait fait un ordre, un plan ; il n'aurait pas mis sur la même ligne ses vues les plus essentielles et ce qui n'est qu'accessoire. Faute de plan, on a prodigué les divisions : les divisions sont, en effet, les apparences de l'ordre ; mais elles ne sont pas l'ordre lui-même. Un ouvrage trop divisé paraît plus clair aux yeux ; mais le dessein de l'auteur se perd dans le nombre même des chapitres.

Si l'œuvre que je cherche à caractériser est un peu confuse, si elle manque de cette unité qui fait le principal mérite de toutes les compositions bien construites, elles est du moins riche de détails et consciencieusement exécutée. Il est vrai que la commission avait la meilleure position pour être juste : elle n'avait pas à lutter contre les préjugés d'une première éducation. En acceptant l'honorable mission de l'Académie, elle n'avait sur l'objet de ses futures études que les opinions de son temps. Or, nous vivons à une époque où les idées de contagion ont peu de faveur. Qui ne donne l'impulsion à son siècle la reçoit. La commission elle-même, malgré tout son talent, n'a pu échapper à cette influence. Dès les premières pages, on croirait qu'elle ne veut ni de la contagion ni des quarantaines. Et, en effet, tout d'abord on s'y est mépris ; les partisans de la non-contagion, heureux d'un si puissant appui, se sont emparés précipitamment du travail de la commission, et l'ont donné comme la meilleure preuve de l'excellence de leur doctrine.

A quelques égards, ils y étaient autorisés, sinon par la lettre, du moins par l'esprit du rapport. Les faits contre la contagion y tiennent la plus grande place ; ils sont accueillis avec empressement et de toutes mains. Au contraire, les faits pour la contagion ne paraissent jamais assez clairs, assez authentiques ; on en repousse le plus grand nombre. Quelques-uns cependant échappent à la proscription générale ; mais on sent qu'en les acceptant, la commission fait violence à ses instincts. Toutefois la raison l'emporte sur tous les préjugés. Il est digne de remarque qu'à mesure qu'elle avance, elle se rapproche des *contagionistes* dont elle semblait si éloignée en commençant.

Cette incertitude dans la marche donne au rapport des apparences de contradiction entre les premières et les dernières parties, entre le texte et les conclusions.

Il n'y a pas trop lieu de le regretter, ce me semble ; l'effet général n'en

sera ni moins sûr ni moins utile. Il est certain que la peur et l'ignorance avaient singulièrement exagéré le danger. En fait de contagion pestilentielle, on cite des exemples si merveilleux qu'on croirait entendre des contes de fées. La commission a dissipé tous ces fantômes. Cette classification de matières *susceptibles* et non *susceptibles*, si précieusement conservée dans les lazarets, il lui a suffi de la mettre en lumière pour en faire voir tout le ridicule. Il ne faut pas qu'en éclairant les gouvernements, la science jette l'alarme dans les populations. Le cœur humain n'est que trop prompt à s'effrayer; la peur a fait peut-être plus de victimes que la contagion. A mon sens, Chicoyneau avait tort de refuser à la peste la faculté de se communiquer; mais on dit qu'à sa voix l'espérance et la santé se ranimèrent. Après tout, les médecins sont faits pour protéger, pour conserver les hommes ; ils ne sont pas faits pour publier leurs maux et encore moins pour les exagérer.

SÉANCE DU 9 JUIN. — PRÉSIDENCE DE M. ROCHE.

Peste. — Quarantaines. — M. Prus : La discussion générale devait naturellement porter sur le rapport et sur les conclusions qui le terminent. Le rapport, quoiqu'il ait été agréé dans ses parties par la majorité de la commission, est et demeure l'œuvre du rapporteur, qui seul en est responsable. La commission ne répond que des conclusions et des doctrines sur lesquelles elles reposent.

Ceci posé pour rendre les positions nettes et franches, j'ajouterai que quatre points semblaient surtout devoir appeler l'attention dans la discussion générale :

1° La commission a-t-elle bien compris la mission qu'elle avait reçue de l'Académie, ou, en d'autres termes, a-t-elle posé les questions qu'elle devait s'attacher à résoudre ?

2° A-t-elle pris toutes les précautions en son pouvoir pour réunir les faits qui doivent résoudre les diverses questions posées ?

3° Les conclusions scientifiques auxquelles elle est arrivée sont-elles légitimement déduites des faits qui étaient en sa possession ?

4° L'application qu'elle propose de faire des conclusions scientifiques est-elle en harmonie avec celles-ci ?

Sur le premier point, je dirai dès aujourd'hui et je maintiendrai, lors de la discussion des conclusions médicales, qu'il n'en est pas une qui n'ait une application spéciale et importante à une question de quarantaine. Le nombre de ces conclusions ne doit pas effrayer l'Académie : très peu d'entre elles sont ce qu'on peut appeler des conclusions-principes ; toutes les autres ne sont que des conclusions-corollaires.

Sur le second point, c'est-à-dire sur les faits contenus dans le rapport, je n'ai jusqu'ici entendu articuler aucun reproche : très-peu de

faits nouveaux ont été produits ; je les discuterai en répondant à chacun des orateurs.

Sur le troisième point, je puis affirmer à l'Académie que je n'ai cherché à tirer des faits aucune conclusion forcée. Il est bien évident cependant que c'est sur la valeur des faits cités et sur les conséquences auxquelles ils mènent que peuvent se manifester les dissidences d'opinion.

Enfin, quant aux conclusions pratiques, elles paraîtront logiquement déduites des conclusions scientifiques, si l'on tient suffisamment compte et de la réserve si nécessaire en semblable matière, et des inconvénients graves qui résulteraient pour le présent, et plus encore pour l'avenir, de la moindre témérité.

Je bornerai à ce peu de mots ces quelques explications. Je vais de suite essayer de répondre aux nombreuses objections de notre savant et spirituel collègue M. Dubois (d'Amiens).

La commission, dit M. Dubois, ne devait s'occuper que d'une seule question : La peste est-elle transmissible en dehors des foyers épidémiques ? J'avais, ajoute notre confrère, fait, lors de notre première réunion, la proposition formelle de diriger toutes nos recherches vers ce point.

La mémoire de M. Dubois l'a fort mal servi relativement à la proposition faite par lui et appuyée par M. Pariset dans la première réunion de la commission. En voici la preuve.

(Ici M. Prus lit le procès-verbal de la première séance de la commission, tenue le 12 octobre 1844.)

Vous voyez clairement, messieurs, que M. Dubois a fait à la commission une proposition bien différente de celle qu'il vous a signalée, et que si nous avions suivi la marche indiquée par lui et M. Pariset, nous serions à peine au second ou au troisième volume de l'histoire de la peste.

L'étude des causes, des symptômes, de la marche et des terminaisons de la peste ne serait pas commencée. Le gouvernement et les chambres devraient encore attendre longtemps les bases médicales de la réforme sanitaire dont l'urgence frappe tous les esprits.

Quant à l'opinion émise récemment par M. Dubois, que la commission ne devait s'occuper que d'une question, celle de la transmissibilité de la peste hors des foyers épidémiques, je ne puis la partager. Je persiste à penser que la commission devait porter son attention sur toutes les questions dont la solution est nécessaire pour un bon remaniement des ordonnances et réglements sanitaires. Je maintiens que toutes les questions posées dans le rapport sont dans ce cas.

M. Dubois prétend que, des trois premières parties du rapport, deux auraient pu être écartées sans nuire en rien à la solution du problème que nous devions nous proposer.

Voici ma réponse : Vouloir apprécier le rôle que peuvent jouer les divers modes de transmissibilité de la peste sans avoir auparavant étudié tout ce qui a trait à la peste spontanée et à la peste épidémique, ce serait, je ne crains pas de le dire, une tentative dangereuse, impossible même.

Pour qui ne connaît pas l'influence des causes locales dans les pays où la peste est endémique, pour qui ne connaît pas l'influence des causes épidémiques, lesquelles manifestent leur action non-seulement dans des pays qui offrent des conditions différentes ou même opposées, il y a certitude qu'il attribuera le développement de la maladie à des contacts, à des miasmes, voire même à des germes restés ignorés pendant dix ans et plus, agents qui souvent n'auront pris aucune part dans sa production.

C'est parce qu'on a agi ainsi qu'on rencontre dans les auteurs tant d'observations sans valeur, plus propres à tromper qu'à instruire ceux qui les lisent sans une critique suffisante. Faut-il ajouter que si trois grandes causes, les conditions locales, les constitutions pestilentielles, et les miasmes, échappés du corps des pestiférés, produisent la peste, celui qui n'aurait étudié qu'un de ces trois ordres de causes serait dans l'impossibilité d'arriver à des résultats utiles ?

En vérité, je ne conçois pas que M. Dubois puisse reprocher à la commission de ne pas avoir adopté un plan aussi incomplet et aussi fautif.

Mais, dit M. Dubois, ce qui prouve sans réplique qu'on aurait pu se dispenser de traiter les deux premières parties, c'est qu'on n'en a tiré aucune conclusion pratique.

Est-ce sérieusement que M. Dubois avance une pareille assertion ?

Comment, ce n'est tirer aucune conséquence pratique de la première partie du rapport que d'indiquer les pays où la peste naît encore spontanément, et d'où elle peut chaque jour être importée en France ?

Comment, ce n'est tirer aucune conclusion pratique de la première partie du rapport que de signaler les causes productrices de la peste spontanée, et d'insister sur les moyens à l'aide desquels l'ancienne civilisation a préservé jadis l'Égypte de la peste, moyens qui peuvent encore aujourd'hui prévenir son développement, soit en Égypte, soit dans les autres contrées où la peste s'est montrée récemment d'une manière endémique ?

L'étude de la peste spontanée mène, tout autorise à le croire, à la destruction du fléau. N'est-ce donc pas là, je le demande à M. Dubois, la mesure la plus radicale que l'on puisse conseiller relativement aux lazarets et aux quarantaines?

M. Dubois a-t-il eu de meilleures raisons pour vous dire que nous

n'avons déduit aucun conseil pratique de nos études sur la peste endémique?

Je répondrai par la citation d'un passage du rapport :

« Nous nous appesantissons, messieurs, sur les preuves qui mettent « hors de doute l'épidémicité de la peste. C'est là, en effet, le fait fonda- « mental de son histoire, qui mérite le plus l'attention du médecin, « celui qui seul peut lui faire comprendre un grand nombre de points « qui, sans lui, restent dans une complète obscurité.

« La certitude que la peste est une maladie surtout épidémique aura « encore pour le médecin une bien autre portée. Elle lui fournira les « moyens de prévenir quelquefois, de diminuer toujours les ravages du « fléau. »

Le rapport signale ensuite les éminents services rendus en Égypte, à Constantinople, à Malte, à Rome, etc., etc., par les administrateurs et les médecins qui ont fait sortir ou transporter hors des foyers épidémiques les personnes saines et même celles qui étaient atteintes de la peste.

Il montre, par contre, comment l'isolement le plus complet, quand il est observé au milieu d'un foyer épidémique, ne préserve jamais sûrement de la peste.

Comment, ce ne sont pas là de grandes, d'utiles conclusions tirées de l'épidimicité de la peste, conclusions qui occupent une place importante dans les déductions pratiques qui terminent le rapport?

Je m'arrête ; j'en ai dit assez sur l'utilité, la nécessité des deux premières parties du rapport.

Examinons maintenant, d'une manière très-sommaire, si les conclusions sont bien celles qui découlent des faits, et si ces faits eux-mêmes sont dignes de foi.

M. Dubois n'élève à cet égard aucune objection contre la partie qui traite de la peste spontanée et de ses causes ; faits et conclusions, tout lui paraît pouvoir être admis.

Mais il n'en est pas de même pour la seconde partie, celle relative à la peste épidémique.

M. Dubois conteste d'abord l'action d'une constitution pestilentielle produisant la maladie indépendamment des causes locales qui engendrent la peste spontanée, indépendamment de l'influence des pestiférés.

Il conteste, en second lieu, les caractères à l'aide desquels j'ai établi l'épidimicité de la peste.

Sur le premier point, il me suffira de dire à M. Dubois qu'on a vu souvent et qu'on voit encore de nos jours une constitution pestilentielle sévir dans des localités incapables de produire la peste, et sans qu'on

puisse accuser les pestiférés d'autres localités d'y avoir importé la maladie. En 1835, la peste épidémique qui a si cruellement ravagé la Basse-Égypte a envahi le Fagourn, point de la Haute-Égypte, parfaitement sain, que M. Pariset a déclaré incapable de produire la peste, et où d'ordinaire les pestiférés venus d'ailleurs meurent ou guérissent sans transmettre la maladie. MM. les professeurs d'Abouzabel ont constaté, cette même année 1835, que pendant les deux mois que la constitution pestilentielle qui régnait au Caire n'a pas envahi Abouzabel, les pestiférés qui venaient du Caire dans ce bourg ne communiquaient la peste à personne. Quand une fois la constitution pestilentielle régna sur la localité, on vit, par sa seule action, des pestes éclater çà et là.

La seconde partie de l'objection exigera une courte explication et quelques développements qui seront restreints autant qu'ils pourront l'être sans cesser d'être clairs.

Les caractères assignés dans le rapport aux maladies épidémiques en général, et à la peste épidémique en particulier, ont été empruntés, dit M. Dubois, aux vieux traités de pathologie. Ces vieux traités de pathologie, messieurs, sont ceux d'Hippocrate, de Sydenham, de Stoll, d'Huxam, de Pringle, de Schuurrer, etc.

Pourquoi M. Dubois, qui, nous le verrons bientôt, n'est pas toujours ennemi de la vieille médecine, affecte-t-il en cette occasion un superbe dédain pour les hommes que nous venons de nommer? Il faut bien vous le dire, messieurs, c'est parce que le *Traité de Pathologie générale* publié par notre savant collègue a établi, relativement aux épidémies, une doctrine en complète opposition avec celle des grands observateurs qui avant lui avaient étudié cette matière si importante et si difficile.

J'entends ici M. Dubois me dire : Si j'ai émis une nouvelle doctrine dans mon ouvrage, si je cherche à la faire prévaloir au sein de l'Académie, c'est parce que je la regarde comme seule vraie. Examinons.

Le premier caractère indiqué par la commission n'est pas contesté par M. Dubois; il reconnaît qu'une maladie est épidémique lorsque, dans un temps donné, elle attaque un grand nombre de personnes.

Le second caractère signalé dans le rapport est celui-ci : les maladies épidémiques ont dans leurs progrès une marche spéciale. On leur reconnaît généralement trois périodes : *période de début*, *période d'état*, *période de déclin*. Ces trois périodes ne présentent souvent ni les mêmes symptômes, ni les mêmes lésions, ni la même gravité.

M. Dubois est tenté de ne voir dans ce même caractère qu'une *naïveté*. Le mot, messieurs, vous paraîtra un peu fort si vous vous rappelez les hommes auxquels il s'adresse; mais passons.

Cette *naïveté* est d'une haute utilité pour le médecin; elle lui apprend à ne pas nier l'existence de la peste au début d'une épidémie pestilen-

tielle, quoique les malades ne présentent encore ni bubons, ni charbons, ni pétéchies, l'expérience ayant prouvé que souvent alors la maladie est mortelle avant l'apparition de ces signes extérieurs. Elle lui enseigne que si, très-généralement, la maladie est moins grave et n'est transmissible d'aucune manière dans la période de déclin, il faudrait bien se garder de croire qu'il en est de même dans la période d'état : la maladie est déjà moins prompte et moins grave que dans la période de début ; mais elle paraît beaucoup plus transmissible que dans la période de déclin, et même que dans celle de début, remarque qui n'avait pas échappé à Larrey et à d'autres observateurs.

Ne sont-ce donc pas encore là des considérations essentiellement applicables à l'étude des questions de quarantaine ?

Troisième caractère admis par le rapport. — Pendant le règne d'une épidémie, les autres maladies sont moins nombreuses et reçoivent l'empreinte de l'affection dominante.

Ceci est une erreur, dit M. Dubois ; et pour prouver cette assertion plus que téméraire, contredite par tout ce que l'on sait sur les épidémies pestilentielles, il cite l'épidémie cholérique observée à Paris en 1832, et pendant la durée de laquelle les maladies intercurrentes n'auraient pas été modifiées. Que M. Dubois consulte à cet égard les médecins et les chirurgiens des hôpitaux de Paris qui sont dans cette enceinte, et je puis lui déclarer d'avance qu'aucun d'eux ne sera de son avis relativement au choléra, et encore moins, s'il est possible, relativement à la peste.

Quatrième caractère invoqué par le rapport. — Quand sévit une maladie épidémique, il est assez rare que les personnes qui conservent leur santé ne ressentent pas plus ou moins l'influence générale.

« Ceci, dit M. Dubois, a été positivement nié quant à la peste. Au rap-
« port de Desgenettes, plusieurs épidémies de peste ont eu lieu sans
« qu'on ait observé cette influence générale. »

Étonné que Desgenettes se trouvât sur cette question importante en opposition avec la presque totalité des auteurs anciens ou contemporains qui se sont trouvés au milieu de constitutions pestilentielles, j'ai cherché le passage auquel M. Dubois a fait allusion. J'ai trouvé, à la page 89 de la 3e édition de *l'Histoire médicale de l'armée d'Orient*, les lignes suivantes à propos de la peste que Desgenettes avait observée à Acre :

« Les maladies ont quelquefois, mais pas toujours, participé du
« caractère de l'épidémie. »

Desgenettes dit donc non pas ce que lui a prêté M. Dubois, mais ce qu'établit le rapport, savoir : que les maladies intercurrentes portent quelquefois l'empreinte de la maladie régnante. Le rapport déclare que sur ce point on s'est livré à des exagérations.

Cinquième caractère. — Les maladies épidémiqnes reviennent et cessent souvent dans la même saison et ont en général la même durée.

« Il y a ici une véritable méprise, dit M. Dubois : ce sont les maladies « endémiques qui ont ce caractère et non les maladies épidémiques. »

J'en demande bien pardon à mon honorable collègue ; mais je suis obligé de lui dire que c'est bien aux épidémies que j'ai voulu et que j'ai dû assigner ce caractère. Qu'il veuille bien lire avec soin les relations insérées dans les pièces à l'appui du rapport, sur les pestes observées en Perse et en Algérie, et il verra que là, comme en Égypte, la peste épidémique affecte des retours plus ou moins régulièrement périodiques. Il verra qu'en Perse, les épidémies pestilentielles sévissent presque exclusivement en été ; qu'en Algérie, elles sont toujours plus rares et plus modérées dans la saison des grandes chaleurs et des froids plus intenses. Déjà il sait qu'en Égypte les pestes épidémiques graves commencent en novembre et décembre, tandis que les épidémies pestilentielles, moins redoutables, ne débutent qu'en janvier et février ; les unes et les autres finissent vers la fin de juin, sauf de très-rares exceptions.

Le caractère signalé appartient si bien à l'épidémie et non à l'endémie, que, contrairement à ce que nous venons de voir pour la première, la seconde produit des cas sporadiques dans tous les mois de l'année, comme on peut s'en assurer par la lecture des tables dressées à Alexandrie par M. Le docteur Grassi, et reproduites à la fin des pièces et documents à l'appui du rapport.

Dernier caractère. — Une maladie épidémique est souvent précédée par d'autres affections plus ou moins graves, plus ou moins généralisées, qui lui servent en quelque sorte d'avant-coureurs.

C'est là, messieurs, un fait qui a frappé les observateurs au Caire, à Alexandrie, à Damiette, à Jaffa, à Constantinople, sur les bords du Danube, en Algérie, etc., etc. Cette remarque, qui a tous les caractères de la certitude, a une haute portée dans l'étude des causes de la peste. Si elle avait toujours été bien appréciée des médecins, ils n'auraient pas aussi souvent méconnu l'imminence ou même le commencement des pestes épidémiques, lorsque la mortalité étant venue tout à coup à augmenter, ils ont été consultés sur la question de savoir si la peste était ou non à craindre. Cependant, pour M. Dubois qui veut détruire tout ce qui prouve l'épidémicité de la peste, le caractère signalé n'a aucun fondement : c'est une théorie qu'on ne peut admettre.

Que répondre à une négation aussi absolue d'un fait aussi certain ?

Vous comprendrez maintenant, messieurs, pourquoi toutes les fois que, dans le sein de la commission, M. Dubois a cherché à faire prévaloir ses idées sur les épidémies en général et sur les épidémies pestilentielles en particulier, il n'a pas obtenu un grand succès. Aussi,

lorsqu'on a passé au vote sur cette question, est-il toujours resté seul de son avis. J'espère bien qu'il en sera de même du vote de l'Académie.

Abordons avec M. Dubois la troisième partie du rapport, celle qui traite de l'influence exercée par les pestiférés eux-mêmes.

La commission, dit notre collègue, n'a pas eu la franchise de son opinion, et pour prouver cette accusation qui m'étonne encore, tant je la crois peu méritée, il indique la question que le rapporteur avait, dit-il, parfaitement posée, et la réponse, ajoute-t-il, très-nette et très-précise qui y a été donnée. En vérité, il est difficile de trouver là la justification du reproche qui nous est fait.

Mais, reprend M. Dubois, la commission, qui vient de reconnaître formellement la transmissibilité de la peste hors des foyers épidémiques, a la prétention de ne pas être contagioniste, prétention qu'elle a voulu soutenir à l'aide d'un subterfuge.

L'Académie appréciera facilement le sentiment que doivent exciter de semblables expressions, quand elle aura reconnu que ce blâme ne repose sur aucune espèce de fondement, on pourrait même dire sur aucune espèce de prétexte.

La commission, bien convaincue qu'il est dans les sciences des mots dont on a fait un grand et malheureux abus; que le mot contagion est dans ce cas; que souvent, pris dans un sens différent, il se prête merveilleusement à ces disputes oiseuses et stériles qui peuvent plaire à certains scolastiques, mais qui embarrassent et arrêtent la science; la commission, dis-je, a pensé qu'elle devait consacrer ses efforts à étudier les divers modes de transmissibilité de la peste, en ne tenant compte que de choses réelles et prouvées, et en ne se servant que d'expressions ayant pour tout le monde un sens net et précis.

On conçoit de suite qu'en adoptant cette marche, la commission n'avait pas à dire si elle était ou si elle n'était pas contagioniste. M. Dubois, qui s'était fait plus fracastorien que Fracastor ne le serait à cette époque, s'est seul occupé de cette question, que la commission a constamment repoussée, comme ne devant, dans le sens où la comprenait M. Dubois, mener à aucun résultat utile.

Nous vous laissons, messieurs, le soin de juger le reproche adressé par M. Dubois à la commission, d'avoir eu la prétention de ne pas être contagioniste, prétention qu'elle a voulu soutenir à l'aide d'un subterfuge.

M. Dubois a cité dans cette question le nom du très-honorable M. Bégin; mais M. Bégin, M. Dubois le sait, partage toutes les convictions du rapport, et s'il eût entendu l'accusation de notre collègue dans les termes où elle a été exprimée, j'aurais craint qu'avec son esprit droit et ferme, avec sa parole si franche et si loyale, le digne inspecteur géné-

ral du service de santé militaire ne se fût montré moins modéré que je ne veux l'être. Sur ce point, M. Dubois pourra bientôt avoir pleine satisfaction, car je pense que M. Bégin sera bientôt au milieu de nous.

J'ai hâte, messieurs, d'arriver à la dernière objection de M. Dubois, qui serait certainement plus grave s'il ne suffisait du plus léger examen pour voir qu'elle ne repose sur aucune base sérieuse.

Le rapport dit qu'il est incontestable que la peste se transmet hors des foyers épidémiques. Cette conclusion importante est, comme je l'ai dit, la traduction logique d'observations authentiques et qu'on ne saurait nier. Ces observations, en ne comptant que celles qui ont une valeur réelle, sont au nombre de trente-deux. Les pestiférés ont tous été traités au lazaret de Marseille par les médecins et chirurgiens de l'établissement, lesquels, chaque jour et souvent deux fois par jour, ont délivré des certificats que j'ai lus avec attention et qui constatent les symptômes observés, la marche, la terminaison de la maladie, et quelquefois les résultats de l'ouverture des cadavres.

Sur ces 32 cas de peste observés au lazaret de Marseille depuis 1720, 21 au moins ont été contractés en dehors des foyers épidémiques, savoir : 20 à bord et 11 au lazaret de Marseille. Le cas qui, dans les 32, pourrait être regardé comme douteux, quoique je pense que la maladie a été contractée en dehors de tout foyer épidémique, est celui du nommé Jurion, mécanicien du paquebot-poste *le Léonidas*, qui, parti de Smyrne, où régnait la peste épidémique, le 30 juin 1837, est tombé malade à bord, dans le port de Marseille, le 9 juillet, après avoir couché dans la chambre du nommé Dambios, mort le 10 juillet d'une maladie plus que suspecte, dont il était atteint depuis plusieurs jours. Il est tout à fait probable que Dambios a contracté la peste sous l'influence de la constitution pestilentielle qui régnait à Smyrne, d'où il a emporté à l'état d'incubation la maladie, qui s'est déclarée quelques jours plus tard. Dambios aura ensuite transmis la peste à Jurion.

L'examen attentif des 32 faits ci-dessus ne me laisse, je le répète hautement, aucune espèce de doute sur la transmissibilité hors des foyers épidémiques. Je suis bien convaincu qu'il ne restera à cet égard aucune incertitude dans l'esprit de tous les membres de l'Académie, s'ils veulent bien prendre connaissance de toutes les pièces originales qui sont en ce moment déposées à la bibliothèque. Il serait bien à désirer que quelques-uns de nos collègues, connus par la sévérité et l'exactitude qu'ils apportent dans de semblables études, consentissent à se charger de ce travail. Que MM. Louis, Rayer, Bricheteau, par exemple, et tous ceux qui voudront se joindre à eux, examinent d'une manière approfondie les documents de Marseille, et leur opinion exprimée dans cette enceinte dissipera tous les doutes.

Recherchons, messieurs, comment M. Dubois, qui d'abord avait tiré des faits cités la même conclusion que nous, va procéder pour chercher à faire naître l'incertitude sur un point qui malheureusement n'est que trop clair.

D'abord, il regarde comme pouvant avoir été contractée dans un foyer épidémique toute peste déclarée chez un passager ou chez un matelot embarqué au port où sévissait la peste, quelle que soit l'époque où la maladie aura débuté. Ainsi, supposant, contrairement à tous les faits probants dans la question, que la période d'incubation peut se prolonger quinze, vingt, trente jours et plus, il lui suffit qu'un individu ait été, à un moment donné, sous l'influence d'un foyer épidémique, pour que sa maladie doive être rapportée à cette influence, même si elle a éclaté un mois et plus après que le malade s'est éloigné de tout foyer épidémique. C'est à l'aide de cette doctrine, qui paraîtra bien extraordinaire, et dont les conséquences, appliquées aux questions de quarantaine, seraient vraiment désastreuses et nous feraient reculer de deux siècles au moins, que M. Dubois voudrait élaguer un certain nombre de faits observés au lazaret de Marseille, comme n'étant pas propres à prouver la transmissibilité de la peste hors des foyers épidémiques.

On ne peut admettre une semblable manière de raisonner. Dans les sciences, les faits particuliers mènent aux conclusions générales, et celles-ci, à leur tour, servent à juger les faits particuliers. Puisque des observations très-nombreuses et sévèrement interprétées prouvent que la peste n'a jamais éclaté, soit à terre, soit en mer, chez les individus compromis après un éloignement de huit jours, soit du foyer épidémique, soit de malades pestiférés et des infections pestilentielles que ceux-ci peuvent produire, on est expérimentalement et scientifiquement autorisé à regarder comme dus à tout autre cause que celle résultant de la présence au milieu d'un foyer pestilentiel les cas de peste qui, sur un navire, éclatent plus de huit jours après le départ d'un port infecté.

Je ne puis penser qu'on ne doive pas compter au nombre des faits prouvant la transmissibilité de la peste en dehors des foyers épidémiques tous ceux qui, sur un navire ayant ou ayant eu des pestiférés à bord, ont éclaté dix jours, quinze jours, un mois après le départ du pays où régnait la peste épidémique.

Je repousse donc la fin de non-recevoir présentée par M. Dubois.

Un autre procédé, que je ne puis encore approuver, est le suivant : M. Dubois confond véritablement le nombre des navires qui ont importé la peste à Marseille avec celui des cas de peste observés dans cette ville. De cette manière, et à l'aide de l'élimination indiquée plus haut, il parvient à réduire à quatre le nombre des faits qui établissent la transmission de la peste sur des individus étrangers aux équipages et aux

passagers venant du Levant. Ceci est évidemment inexact : trois chirurgiens quarantainaires habitant Marseille, sept gardes de santé appartenant à la ville, ont contracté la peste soit sur les navires en quarantaine, soit au lazaret. D'après les idées de M. Dubois lui-même, ces dix personnes, étrangères aux équipages et aux passagers venant du Levant, auraient donc contracté la peste en dehors des foyers épidémiques. Toutes ces dix personnes ont eu des bubons ; plusieurs ont présenté des bubons et des pétéchies. Quatre des individus attaqués sont morts.

M. Dubois prétendrait-il qu'aucune des personnes indiquées n'a eu la peste? Je ne puis croire que son désir de se poser comme l'adversaire du rapport le pousse jusque-là.

C'est le moment de faire connaître la manière dont M. Dubois a présenté, je ne veux pas dire tronqué ou même travesti, les faits qu'il a cru devoir rapporter.

M. Dubois, qui a besoin pour la thèse qu'il soutient de ne pas trouver que le navire du capitaine Coutel, qui a quitté Alger le 9 juin 1741, c'est-à-dire dans un moment où la peste épidémique sévissait dans cette ville, n'a pas eu à Marseille des pestiférés ayant communiqué la maladie au chirurgien de Marseille et à un garde de santé qui leur ont donné des soins au lazaret et ont été enfermés dans l'enclos Saint-Roch, a passé sous silence ce passage du certificat de M. Michelaud, médecin, et de M. Fondomme, chirurgien, en date du 22 juin 1741 :

« Les cinq malades provenant de *l'Étoile du Nord*, commandée par « le capitaine Coutel, et réunis dans l'enclos Saint-Roch, sont tous tra- « vaillés de la peste la mieux caractérisée par des bubons aux aines et « des charbons. »

Il a également oublié cet autre passage du certificat du 3 juillet.

« Le chirurgien et le garde, renfermés dans l'enclos des malades con- « taminés, sont l'un et l'autre en proie à la peste la moins douteuse, « avec bubons aux aines. »

Ce n'est que le 22 août que les bubons des sept pestiférés ont été guéris, c'est-à-dire, chez les cinq premiers, après un traitement de soixante et un jours au moins, puisque les bubons existaient dès le 22 juin, et, chez les deux derniers, après un traitement de cinquante jours.

Il est très-vrai, messieurs, comme l'a rappelé M. Dubois, que, malgré des affirmations aussi positives, malgré l'existence de symptômes aussi caractéristiques de la peste, j'ai émis le regret de ne pas trouver de plus grands détails dans les certificats de MM. Michelaud et Fondomme ; mais j'ai ajouté, et sur ce point je maintiens pleinement ce que j'ai dit, qu'on est fondé à regarder les cas indiqués comme des cas de peste.

Le deuxième navire pestiféré dont M. Dubois a entretenu l'Académie est celui du capitaine Millich, parti d'Alexandrie avec patente brute,

le 8 mars 1784, et arrivé à Pomègue le 30 avril de la même année, avec 152 passagers barbaresques venant de la Mecque et retournant au Maroc.

Ce navire, qui a perdu trois hommes de son équipage dans sa traversée d'Alexandrie à Marseille, a donné la peste à quatre gardes de santé qui ont été placés à son bord pendant sa quarantaine à Pomègue. Ces gardes ont communiqué la peste, au lazaret, à M. Blanc, chirurgien quarantainaire, qui, tombé malade le 13 juin, n'a été guéri de la plaie résultant de l'ouverture de son bubon que le 10 juillet, et au garde de santé Isnard, qui, atteint également d'une peste bien caractérisée le 13 juin, est mort le 19 du même mois, portant à l'aine droite un bubon de la grosseur d'un œuf de poule.

Le 24 mai 1784, le navire du capitaine Millich partit de Pomègue pour Tanger. Le jour même du départ, les passagers barbaresques jetèrent à la mer un des leurs ; la même chose arriva le lendemain.

Le 11 juin, étant en vue de Tétuan, le capitaine fit encore jeter à la mer le cadavre d'un passager barbaresque.

Le 20 juin, le nommé Matthieu Millich, cousin du capitaine, malade depuis trois jours, mourut avec deux bubons.

Le 21, Paul Millich tomba malade et succomba le même jour.

Le 22, le nommé Gaspard Bozich, malade depuis deux jours, mourut.

Le 23 et le 24, mort de deux nouveaux matelots.

Le 30, le nommé Antoine Turc mourut avec deux bubons.

Enfin, le 12 juillet, le nommé Millinovier, écrivain, est mort avec deux tumeurs au cou.

Je ne conçois pas, et vous ne concevrez pas plus qne moi, messieurs, que M. Dubois ait pu avoir la pensée d'établir que ce navire n'offrait pas la preuve, beaucoup trop positive, beaucoup trop multipliée, de la transmissibilité de la peste hors des foyers épidémiques.

En vérité, la chose me paraît d'une telle évidence que je n'ai pas le courage d'insister. Je reprocherai seulement à M. Dubois, qui sait qu'il n'y a de discussions utiles que celles qui sont sincères, d'avoir cité le certificat concernant le nommé Olive, garde employé à bord du capitaine, et tombé malade le 17 mai 1784, en faisant remarquer que la conclusion des médecins et chirurgiens du lazaret, et consignée dans ledit certificat, est que le malade est mort d'une fièvre maligne, sans avoir mentionné les symptômes observés pendant la vie et les lésions trouvées après la mort, lesquels m'ont porté à émettre dans le rapport un avis opposé à celui exprimé ci-dessus.

Voici les symptômes rapportés par les auteurs du certificat, MM. Montagniés et Michel Laroche, médecins, et M. Gros, chirurgien :

« D'abord, douleur légère à l'aine droite ; bientôt après, céphalalgie

« violente avec fièvre : ces accidents sont combattus par une saignée. « La saignée est suivie de grandes angoisses, d'une agitation conti- « nuelle, d'une prostration extrême, avec perte de connaissance. Le « pouls, touché par le chirurgien quarantainaire, est petit, serré, dé- « primé. Le même chirurgien constate en outre l'engorgement non « douteux de deux glandes inguinales.

« Le lendemain, la tête est embarrassée et la faiblesse continue; ho- « quet fréquent; des exanthèmes existent à la partie antérieure de la « poitrine et au bras gauche. Le chirurgien quarantainaire constate tou- « jours l'existence de deux glandes engorgées à l'aine droite.

« Le malade meurt après quarante-huit heures de maladie, et lors de « l'ouverture du cadavre on constate que presque toute la surface du « corps est couverte d'exanthèmes pourprés. On trouve dans le bas- « ventre un épanchement que les médecins et chirurgiens appellent « lymphatique; de plus, une portion de l'iléum est enflammée et même « affectée d'un commencement de gangrène. »

Je le demande à M. Dubois lui-même, qu'est-ce donc que cette maladie mortelle en quarante-huit heures, survenue sur un navire parti d'Alexandrie au moment où cette ville était en proie à une épidémie pestilentielle, après que quatre autres matelots avaient déjà succombé depuis le départ d'Égypte? Évidemment, messieurs, c'était la peste, la peste qui a frappé trois autres gardes de santé placés sur ce même navire pendant sa quarantaine, la peste qui a ensuite continué ses ravages pendant la traversée de Pomègue à Tanger et de Tanger à Pomègue.

M. Dubois reconnaîtra sans doute lui-même que j'ai eu de très-bonnes raisons pour regarder comme un cas de peste une maladie caractérisée de fièvre maligne par les médecins et les chirurgiens du lazaret, lesquels, je le crois encore, ont craint d'effrayer la population en déclarant toute la vérité.

Que dirai-je maintenant des doutes que M. Dubois veut élever sur la nature de la maladie du chirurgien quarantainaire Blanc, qui a contracté une peste bénigne avec bubon, en soignant au lazaret les gardes de santé qui avaient pris la maladie sur le bord du capitaine Millich?

Ce bubon, dit M. Dubois, était peut-être vénérien! Je le déclare, messieurs, en pareille matière, je me serais attendu à une discussion plus sérieuse de la part de notre spirituel confrère.

Poursuivons notre tâche, quelque pénible qu'elle soit. Je ne puis souffrir qu'on excite des doutes au sein de l'Académie sur des faits qui ne sont que trop réels et qui résolvent la question la plus importante posée dans le rapport, celle de savoir si la peste épidémique est transmissible hors des foyers épidémiques.

En 1786, le capitaine Bernardy, commandant le vaisseau français *la Providence*, quitta, le 14 mai, Bone où sévissait une épidémie pestilentielle d'une grande violence.

Le jour même de son arrivée à Marseille, le 23 du même mois, il avait perdu un maître d'équipage tombé malade le 18.

Le 30 mai, un autre maître d'équipage fut atteint, et mourut le 4 juin, au lazaret, avec plusieurs bubons aux aines.

Le 5 juin, un novice présenta les symptômes suivants : prostration, délire, bubon à l'aine droite ; le malade dont le bubon a été ouvert le 12 juin par le chirurgien quarantainaire, est mort le 19 du même mois.

Le 7, un matelot offrit un état qui ne peut guère laisser d'incertitude : « Grande faiblesse, marche chancelante, commencement de dé-« lire, vomissements bilieux, douleurs vives sous l'aisselle gauche où le « malade sent une dureté qui d'ailleurs est peu saillante. » La mort a eu lieu, le 9 juin, après des douleurs très-aiguës partant de l'aisselle en se portant vers la tête, la poitrine et la région abdominale.

Le 20, le chirurgien quarantainaire, M. Paul, qui a soigné les pestiférés renfermés dans l'enclos de Saint-Roch, a déclaré être malade. Il a perdu l'appétit ; il porte une glande assez engorgée au pli de l'aine gauche ; sa tête est embarrassée, car il ne se rappelle pas s'être levé le matin et s'être recouché à plusieurs reprises.

Le 22, M. Paul ouvre lui-même son bubon.

Le 26, les médecins et chirurgiens du lazaret reconnaissent qu'un abcès s'est formé au-dessous du bubon en suppuration, et conseillent au pestiféré de l'ouvrir.

Le malade ne paraît avoir été guéri complétement qu'après quatre-vingt-huit jours.

C'est ce dernier cas que M. Dubois attaque comme n'étant pas un cas de peste.

« M. Paul, dit-il, est le seul malade étranger à l'équipage du capitaine « Bernardy. Ce prétendu cas de peste aurait donc été communiqué dans « le lazaret. Mais le rapporteur déclare lui-même que le malade n'a « reçu les soins directs d'aucun de ses confrères ; qu'il n'a été vu, et « encore que quand il venait à la grille, qu'à une distance de 12 mètres « environ et sans doute à l'aide d'une lunette d'approche. Que penser « de l'authenticité d'un pareil fait ? »

Si M. Dubois prétendait que M. Paul, qui a soigné au lazaret trois pestes mortelles, n'a contracté qu'une peste légère, je serais de son avis, et ce serait un cas de plus à ajouter à ceux qui tendent à prouver que les pestes contractées dans les lazarets d'Europe, en soignant les pestiférés qui y sont apportés, sont souvent assez bénignes ; mais vouloir que la maladie du chirurgien Paul, dont un grand nombre de médecins encore

à Marseille m'ont dit avoir vu le bubon cicatrisé, n'ait pas été un cas de peste, cela peut convenir pour soutenir une thèse qu'on s'est donnée, mais cela ne vous paraîtra pas fondé en raison.

M. Dubois sait d'ailleurs très-bien que le nommé Malet, matelot du même vaisseau *la Providence*, qui avait quitté le bord le 2 juin pour soigner, conjointement avec M. Paul, le premier pestiféré, et qui a ensuite soigné, toujours conjointement avec M. Paul, les autres pestiférés de son bâtiment, est tombé malade le 26 juin, c'est-à-dire vingt-quatre jours après son entrée au lazaret; M. Dubois sait que Malet a eu un bubon bien caractérisé à l'aine gauche, bubon qui a été ouvert par le malade le 29 juin et qui n'a été guéri que le 7 septembre.

Pourquoi, je vous le demande, messieurs, M. Dubois ne veut-il pas que le chirurgien Blanc ait eu la peste comme les trois premiers malades qui en sont morts, comme le cinquième qui en a guéri? N'est-ce pas uniquement parce que ce fait de peste dérange le système que M. Dubois veut se faire?

Je n'ai plus, messieurs, qu'un seul fait à examiner avec M. Dubois, et vous verrez qu'ici encore il ne m'est pas possible de partager l'opinion qu'il a émise.

En 1819, le capitaine Anderson, commandant le navire *la Continuation*, quitta le 20 avril Tunis, où régnait une peste épidémique qui enlevait de 80 à 100 personnes par jour.

Le 25 avril, un matelot est mort de la peste, d'après la déclaration du capitaine.

Le 28 et le 29, deux passagers, un enfant et sa mère, sont morts d'une maladie que le capitaine dit ne pas avoir été la peste.

Le 26, un matelot a été atteint de la peste avec bubon, maladie pour laquelle il est entré au lazaret de Marseille le 2 mai 1819, et des suites de laquelle il n'a été complétement guéri qu'au commencement d'août.

Le 14 mai 1819, MM. Robert, Maurice et Girard ont visité au lazaret le nommé Michel Favre, garde de santé, qui venait d'être employé sur le navire *la Continuation*.

Voici le résumé de la maladie, tel que l'ont rédigé nos confrères de Marseille :

« Michel Favre se portait bien le 13 mai à deux heures de l'après-midi; « à quatre heures, il fut pris d'un violent frisson. Le lendemain, il entra « au lazaret. Dans la matinée, il avait eu une hémorrhagie nasale, et à « cinq heures du soir il s'en déclara une nouvelle. Dès ce moment, « Michel Favre se sentit trop faible pour paraître à la grille de fer. Son « visage était très-rouge; la douleur de tête et la fièvre étaient violentes. « Le 15, au matin, il se plaignit d'une douleur à la partie latérale gau-

« che de la poitrine et sous le creux de l'aisselle. A deux heures et de-
« mie, une troisième hémorrhagie se manifesta et dura jusqu'à trois
« heures et demie. La douleur de tête fut un peu diminuée ; mais la fai-
« blesse fut grande. La diarrhée survint ; le malade se plaignit d'une
« petite glande à l'aisselle gauche. Le 16, au matin, cette glande avait
« augmenté de volume, et fut reconnue pour un véritable bubon. A dix
« heures et demie, une quatrième hémorrhagie nasale se déclara ; elle
« fut très-abondante, car elle fournit huit onces de sang. De ce mo-
« ment, la faiblesse augmenta ; le bubon devint moins douloureux, plus
« petit, ce qui indiquait une mort prochaine. La nuit a été très-agitée;
« un délire violent a été suivi d'un assoupissement léthargique qui n'a
« cessé un instant que pour précipiter plus vite la fin du malade.

« L'inspection du cadavre, faite par M. Neel, chirurgien quarantai-
« naire qui a donné des soins au pestiféré pendant son séjour au laza-
« ret, a fait découvrir deux bubons, un à chaque aine, du volume d'un
« œuf de poule. Le bubon de l'aisselle gauche, qui a été signalé, avait
« beaucoup grossi, et des pétéchies étaient disséminées sur toute la sur-
« face du corps. »

La provenance du bâtiment qui venait de Tunis, où régnait avec violence une peste épidémique ; le matelot atteint d'une peste mortelle cinq jours après le départ de Tunis ; les deux passagers morts les 28 et 29 avril d'une maladie au moins suspecte ; la peste bien caractérisée dont un second matelot a été atteint à bord le 26 juin, et dont il a été traité au lazaret de Marseille ; le séjour de Michel Favre sur le bâtiment pestiféré ; les symptômes de peste qu'il a présentés pendant la vie ; les trois bubons, les pétéchies constatées après la mort, justifient pleinement le nom de peste assigné par moi à la maladie de Michel Favre.

Examinons maintenant sur quoi repose la version de M. Dubois, qui ne veut voir dans ce cas qu'une fièvre typhoïde.

« Le rapport qui rend compte de la maladie, dit M. Dubois, ne
« signale guère, sauf les bubons dont la découverte a été faite lors de
« l'inspection du cadavre, que des symptômes typhoïdes : hémorrha
« gies nasales répétées, céphalalgie, diarrhée, faiblesse extrême, dé
« lire, etc. »

Je dois faire remarquer à M. Dubois que, pendant la vie, Michel Favre a présenté sous l'aisselle gauche un bubon reconnu par le chirurgien quarantainaire qui donnait des soins au malade ; ce bubon, réuni aux deux autres constatés ensuite aux aines, et qui présentaient l'un et l'autre le volume d'un œuf de poule, constituent un signe de peste difficile à nier. Quant à la céphalalgie, à la diarrhée, à la faiblesse extrême, au délire, aux hémorrhagies, ces symptômes se retrouvent et dans la fièvre typhoïde et dans la peste. Mais il ne faut pas oublier que les

hémorrhagies sont assez fréquentes dans la peste pour que les médecins qui faisaient partie de la commission sanitaire qui a préparé l'ordonnance de 1822 aient cru pouvoir dire, comme on peut s'en assurer dans le volume contenant les réglements de Marseille, que ces hémorrhagies tenaient à des ruptures de vaisseaux, suite de la gangrène de leurs parois. On sait aujourd'hui que les taches noires que l'on trouve fréquemment chez les pestiférés, soit autour des ganglions lymphatiques, soit autour des vaisseaux, soit sur les parois des intestins, et ailleurs, résultent d'ecchymoses dues à l'extrême fluidité du sang, fluidité qui rend aussi raison des hémorrhagies et non des gangrènes internes, lesquelles sont fort rares dans la peste.

En résumé, je persiste fermement à croire, avec les médecins et chirurgiens du lazaret de Marseille, que ce garde de santé est mort de la peste produite par l'infection pestilentielle à laquelle il a été soumis pendant son séjour à bord du capitaine Anderson.

L'examen détaillé dans lequel je viens d'entrer, et qui m'a paru nécessaire pour laisser dans les esprits des idées nettes et précises à la place des doutes qu'on s'est efforcé d'y faire naître, prouve de la manière la plus évidente que la peste est transmissible hors des foyers épidémiques et même hors des foyers d'infection pestilentielle pouvant exister sur les navires, puisqu'on voit dans les lazarets d'Europe la peste se communiquer d'un pestiféré à un homme sain qui n'a pas été sur le navire infecté.

M. Dubois a terminé sa communication par le tableau des conditions hygiéniques très-défavorables qu'offrent les vieux quartiers de Marseille et son port vraiment infect. Je ne puis qu'appuyer de mon témoignage tout ce qu'il a dit à ce sujet. Aussi, quand M. Dubois aura formulé la conclusion additionnelle qu'il se propose de présenter à cet égard, je m'empresserai de la soumettre à la commission et de venir ensuite vous dire la décision de celle-ci.

Point de départ de la peste. — M. Ferrus : L'Égypte, depuis des siècles, a été considérée comme le berceau de la peste; pour y détruire cette maladie, la commission a exposé quelles étaient les conditions à remplir : il faut, a-t-elle dit, assainir le pays, donner du pain aux habitants, améliorer l'hygiène.

A cet égard, Méhémet-Ali fera tout ce qu'il pourra ; mais il a à lutter contre une population fanatique et superstitieuse. Les fellahs veulent vivre à leur manière ; ils veulent rester tels qu'ils sont. Ils n'ont point demandé, que je sache, un gouvernement représentatif, et l'impossibilité où nous sommes même de modifier les habitudes des populations algériennes doit nous rendre circonspects en pareille matière. Si nous nous livrions aux réclamations qui nous sont conseillées, il faudrait demander pour l'Égypte non-seulement l'abolition du despotisme et les

libertés civiles, mais encore l'émancipation des préjugés et la liberté religieuse ; car de toutes les plaies de l'Égypte dont il a été fait mention, le fanatisme est la pire. Méhémet-Ali trouve de grandes difficultés ; espérons qu'Ibrahim pourra les lever un jour, et ne nous laissons pas entraîner, ainsi que MM. Dubois, Rochoux et Hamont nous le conseillent, à entreprendre une croisade contre le pacha d'Égypte.

Épidémicité. — Quant à la question d'épidémicité, il ne reste rien à dire à cet égard, à moins de changer complétement le langage médical et de renoncer à dire : Il existe une maladie épidémique telle part, telle maladie a pris le caractère épidémique ; ce que nous faisons journellement. Il faudrait en un mot refaire la science. Je ne prétends pas que la question ne présente des points obscurs et incertains, que tous les caractères généralement assignés aux épidémies soient constants, qu'ils se montrent toujours au même degré ; mais je soutiens qu'ils ne sont pas illusoires, comme l'a prétendu M. Dubois, et que chacun de nous, envoyé dans une localité pour décider si une maladie est épidémique ou endémique, n'éprouverait aucun embarras pour se prononcer.

Des témoins irrécusables nous ont dit que la peste était précédée de phénomènes précurseurs, de douleurs ayant pour siége les cicatrices d'anciens bubons pestilentiels. M. Gaultier de Claubry a nié l'importance de ces avertissements, et notre rapporteur n'a pas répondu à cette critique. Le colonel Charroy, qui avait été atteint de la peste en Égypte, souffrait à Paris, ainsi que nous l'a dit M. Gaultier de Claubry, des cicatrices de bubons pestilentiels, alors certainement que la peste ne régnait pas parmi nous. Mais M. Charroy, qui d'ailleurs était fort rhumatisé, souffrait en même temps des cicatrices de toutes ses anciennes blessures, et cela ne prouve pas que s'il eût habité l'Égypte, les douleurs se réveillant dans les cicatrices de ses bubons ne pussent être un avertissement de quelque valeur. L'observation de M. Charroy, puisqu'elle a été citée, est d'ailleurs utile à examiner sous quelques autres rapports. Il fut soigné à Jaffa par un Turc qui, observant l'expression de ses yeux et se fondant sur l'absence de phénomènes nerveux, lui assura qu'il guérirait. Son traitement consista dans des boissons chaudes, des frictions huileuses. Quant au bubon, l'opérateur turc, après l'avoir circonscrit avec l'instrument tranchant, l'arracha avec ses ongles. Pendant ce dernier temps de l'opération, il plaça son instrument tranchant entre ses dents, sans que plus tard il fût atteint lui-même de la peste.

Contagion et infection. — Depuis la discussion qui s'est élevée dans le sein de l'Académie, et avant cette discussion sans doute, nous tous, messieurs, nous devons avoir une opinion faite sur la contagion.

Quand la peste règne épidémiquement, elle devient bien plus grave, bien plus pernicieuse, et peut donner naissance à des foyers d'infection.

De là sans doute une grande différence entre la peste endémique et la peste épidémique, et la commission n'a point manqué de le faire sentir; mais elle n'a déclaré nulle part qu'elle admettait deux espèces de peste, et elle ne considère la peste sporadique et la peste épidémique que comme des maladies du même genre, sans vouloir en faire des espèces à part. On nous a reproché de ne nous être pas expliqué assez franchement sur la contagion, d'être contagioniste sans l'avouer, de n'avoir point eu le courage de notre opinion. Il n'en est rien, messieurs, nous avons dit tout ce que nous pensions, et si, pour rendre notre pensée, nous avons préféré le mot infection à celui de contagion, c'est que nous voulions parler d'un mode de transmission qui n'était pas celui généralement admis, et surtout hors du public médical. La commission a voulu prévenir toute confusion, toute équivoque sur les termes, et c'est pour cela qu'elle a évité de se servir du mot contagion dont le sens mal défini n'est pas le même pour tout le monde. La commission est contagioniste, si l'on entend la contagion à la manière de Fracastor; mais si on l'entend comme la plupart des médecins modernes et les gens du monde, elle n'est plus contagioniste.

Quant aux divers modes suivant lesquels la contagion peut s'opérer autrement que par l'intermédiaire de l'air, c'est-à-dire par l'infection, les faits pour et contre ont été mûrement examinés par la commission; elle est restée dans le doute sur plusieurs points, et relativement surtout à celui sur lequel M. Bousquet a insisté, c'est-à-dire l'inoculation, ainsi que cela est consigné dans sa onzième proposition.

M. Rochoux, contagioniste pur, et qui cependant veut l'abolition des lazarets, ne la conseille que pour disséminer les malades qui pourraient se trouver au lazaret. Nous voulons aussi l'isolement des pestiférés. Toutefois, nous pensons que, lorsque cet isolement est praticable dans le lazaret lui-même, dans celui de Marseille, par exemple, il est bien plus simple de traiter sur place les pestiférés que de les transporter au loin.

M. Hamont croit toutes les précautions nécessaires; suivant lui, la peste est contagieuse, l'incubation du principe contagieux n'a point de limites; il veut des quarantaines longues, que toutes les provenances de l'Égypte arrivent sous patente brute, et il convient cependant que ce régime n'est pas tolérable. C'est que M. Hamont veut la destruction de la peste dans ses foyers; mais voilà justement où est toute la difficulté.

M. Dupuy, au reste, a pris constamment, dans la commission, l'initiative de cette manière de voir, et la commission a instamment demandé que cette œuvre fût entreprise.

La commission, enfin, messieurs, ne vous a rien proposé sans les plus mûres réflexions, sans appuyer ses avis sur des documents dignes

de toute confiance et sur des témoignages irrécusables : elle propose une diminution des quarantaines ; mais elle demande en même temps des précautions plus efficaces que celles qui ont été prises jusqu'à présent au départ, à l'arrivée, et pendant le voyage des bâtiments. Nous demandions qu'il fût attaché à tous les consulats des médecins nommés par le gouvernement, hommes instruits et indépendants, bien plus capables de donner des instructions précises sur l'état de la santé publique que les coureurs envoyés dans les villes et les villages pour y recueillir les bruits relatifs à la peste ; mais c'est la seule chose que le gouvernement malheureusement ne paraît pas disposé à nous accorder.

M. Prus : J'ai appris tout récemment que cette disposition du rapport serait favorablement accueillie.

M. Ferrus : je l'apprends avec une vive satisfaction. Si on accorde ce qu'elle demande, tout danger sera évité, et pourtant il sera fait droit aux réclamations des voyageurs et aux besoins du commerce. Et ne croyez pas que ce qu'elle propose soit aussi généralement repoussé qu'on l'a dit dans le pays où doivent être appliquées ces mesures : les anciens Marseillais, la plupart des agents de l'intendance sanitaire, craignent la peste outre mesure sans doute ; mais le commerce naviguant et les hommes au courant des recherches modernes sur la manière dont la peste se propage ne partagent pas les mêmes craintes ; et, par une réaction qui se montre toujours dans les cas de ce genre, ils sont peut-être enclins à solliciter des réformes trop radicales. La commission a cherché à éviter chacun de ces excès ; nous avons la ferme conviction qu'elle y est parvenue, et nous avons tout lieu de croire que les hommes les plus éclairés et les plus impartiaux de cette cité partagent nos opinions. Encore une fois, ce que demande la commission, c'est l'allégement des quarantaines, mais à la condition de toutes les garanties capables de rassurer les esprits les plus timorés.

Je termine en proposant à l'Académie la clôture de la discussion générale, d'abord parce qu'elle me semble avoir été assez prolongée, et ensuite parce que les questions de doctrine ne peuvent manquer de se reproduire dans la discussion des propositions qui terminent le rapport.

REVUE ANALYTIQUE

DES JOURNAUX ÉTRANGERS.

Journaux allemands, anglais, italiens, etc.

---

20. *Sur la dépuration du sang ;* par le docteur Barlow.

(London medical Gazette.)

La pathologie humorale est en ce moment, et depuis longtemps, en Angleterre, l'objet d'un culte particulier. Les journaux de médecine de ce pays sont remplis de recherches sur les altérations des divers liquides de l'économie. Peut-être ces recherches n'ont-elles pas toutes le même degré de précision, le même cachet expérimental qui caractérise parmi nous les travaux du même genre; mais cette infériorité, si elle existe, est souvent rachetée par l'originalité des vues et l'entente philosophique des questions. Sous ce dernier rapport, le mémoire de M. Barlow, quoique dépourvu de notions ou de faits précisément nouveaux, est digne de fixer l'attention.

Le but de l'auteur est de rechercher le mode suivant lequel les matières dites d'excrétion sont éliminées de l'économie, d'étudier, en un mot, le *mécanisme de la dépuration.* C'est une étude générale dans laquelle les faits particuliers n'interviennent qu'à titre d'éclaircissements.

« *Les animaux vivent de deux choses*, disait Arétée : *d'air et d'aliments.* » Suivant M. Barlow, le sang se débarrasse des matériaux surabondants ou nuisibles par deux moyens : par l'air et par l'eau. Telle est l'expression la plus générale de sa théorie. Voici maintenant comment il la développe.

La nourriture assimilée, celle qui est absorbée et passe dans la circulation, remplit deux buts, tous deux également essentiels au maintien de la vie. Une partie consistant en carbone et hydrogène est brûlée à l'extrémité de l'arbre circulatoire et entretient la chaleur animale; mais cette combustion ne peut avoir lieu sans le secours de l'oxygène, lequel est fourni par l'air admis dans les poumons à chaque inspiration. L'autre partie, contenant une forte proportion d'azote, est employée à réparer les pertes continuelles des tissus, en d'autres termes, à remplacer les matériaux qui se détachent à chaque instant de l'organisme. Donc l'air qui fournit l'oxygène pour la combustion, et la nourriture qui fournit la matière combustible ou le carbone, sont réellement les deux grands soutiens de la vie animale. Chacun sait que les produits de la combustion (acide carbonique et eau) sont rejetés par les poumons et que l'acide carbonique deviendrait pour l'économie

un poison s'il était retenu en trop grande quantité dans la circulation. Mais pour qu'il soit rejeté, il faut qu'arrivé dans les capillaires du poumon, il rencontre dans les cellules, soit de l'air, soit tout autre gaz; car il paraît démontré aujourd'hui que tout gaz, autre que l'air atmosphérique, introduit dans les voies respiratoires, est capable d'extraire l'acide carbonique du sang en vertu de la loi du mélange et de la diffusion des gaz; de telle sorte que, dans le cas d'obstruction des voies respiratoires, comme dans l'immersion ou l'oblitération de la trachée, la mort serait le résultat, non-seulement du défaut d'oxygène, mais encore « de la non-admission dans les cellules pulmonaires d'un fluide élastique agissant comme *dissolvant* de l'acide carbonique et propre à l'attirer hors de l'économie. »

Il suit de là que la dépuration du sang par les voies pulmonaires ne saurait avoir lieu si le sang n'était pas en contact avec l'atmosphère, soit directement, soit par l'intermédiaire d'une membrane. C'est, en effet, ce qui a lieu, et ainsi se justifie cette proposition que l'air est le principal agent d'élimination des impuretés gazeuses du sang. Il est vrai que l'eau et l'acide carbonique sont, dans l'état normal, les seules excrétions ou exhalations émanées de la membrane des cellules aériennes; mais l'auteur pense, avec le docteur Alison, que des substances volatiles absorbées dans l'estomac sont rejetées telles quelles, ou du moins sans grands changements dans leur composition, avec l'acide carbonique et l'eau, et que c'est là une voie ouverte à beaucoup de gaz dont le séjour dans le sang serait funeste à l'économie.

Deux autres voies de dépuration sont offertes par le foie et les reins. Or, en quoi consistent les liquides sécrétés par ces organes?

La bile se compose d'eau contenant certains principes solubles. Que ces principes concourent ou non à la digestion, il est certain qu'ils sont, au moins en partie, destinés à être rejetés, et qu'ils ne pourraient sans danger être retenus dans l'économie. L'urine consiste également en eau tenant aussi en dissolution certaines matières solides, et qu'on peut diviser en deux catégories: 1° les produits organiques inférieurs qui se forment aux extrémités de l'arbre circulatoire, ou, dans le langage de Liebig, les *produits* de la transformation des tissus (urée, urates, etc.); 2° les substances solubles faisant partie des *ingesta*, et qui n'ont pas subi de décomposition dans leur passage à travers les tissus, comme par exemple les sels neutres, certains acides inorganiques, etc. Or, le foie et les reins étant destinés à n'excréter que des liquides, il s'ensuit que les éléments de la bile et de l'urine

ne peuvent être séparés qu'à la condition de se présenter au foie et aux reins à l'état de dissolution, de même qu'ils ne peuvent passer qu'à cet état dans les conduits excréteurs. Donc le secours de l'eau est perpétuellement nécessaire à la séparation des matières fournies par le sang.

Le cours de l'eau chargée de cet office est tracé par l'auteur de la manière suivante. Reçue d'abord dans l'estomac, elle est absorbée en partie, avec quelques matières solubles non décomposées dans les premières voies, par les capillaires de la veine porte, charriée avec le sang dans le tronc de cette veine et dispersée dans le foie. Une portion est retenue par cet organe et sert de dissolvant aux produits solides de la sécrétion ; une autre, la plus considérable, se mêle toujours, avec les substances qu'elle tient en dissolution, au torrent de la circulation, emporte chemin faisant les produits de la transformation des tissus qu'elle dissout à leur tour, fournit aux autres organes sécréteurs, à la peau, aux reins, etc., l'eau nécessaire à la sécrétion, en dissolvant, dans chacun d'eux, les matières qu'il est plus spécialement chargé d'éliminer. De même donc que la présence de l'air atmosphérique et son libre accès dans les cellules pulmonaires sont indispensables pour l'élimination de l'acide carbonique produit par la combustion du carbone, de même le concours de l'eau et son libre passage par les voies sus-indiquées sont indispensables pour l'élimination des produits organiques inférieurs résultant de la continuelle transformation des tissus, et dont le séjour dans l'organisme serait, comme celui de l'acide carbonique, une source de maladies.

L'auteur expose ensuite, à son point de vue, les conséquences générales de tout obstacle au libre passage de l'air et de l'eau dans leurs voies respectives. Les unes proviennent directement de la non-dépuration et de l'intoxication du sang ; les autres sont l'effet *purement mécanique* d'une obstruction du passage de l'air ou de l'eau. Quelques faits particuliers viennent à l'appui de cette division. L'auteur cite, par exemple, des cas où une obstruction de la partie supérieure des intestins grêles avait amené une suppression à peu près complète de l'urine ; tandis que, par contre, l'urine était très-abondante dans d'autres cas où l'obstruction occupait la partie inférieure du tube digestif.

Au reste, il serait peu utile de suivre l'auteur dans les quelques applications qu'il donne de sa théorie. Pour apprécier la valeur d'idées générales de cette nature, il faut les mettre en présence de l'ensemble des faits connus et presque de la pathologie tout entière. C'est une tâche considérable et qu'on ne s'attend pas sans

doute à nous voir entreprendre ici. Nous signalerons seulement dans cette théorie la négligence du point de vue chimique. Dire que l'eau est l'agent d'élimination de certaines substances nuisibles, ce n'est peut-être pas énoncer une maxime aussi importante ni aussi utile (ni même aussi neuve) que l'auteur paraît le croire. Nous louerons dans ce travail une grande généralité de conception et une certaine hauteur de vues; mais la science a déjà dépassé les limites où l'auteur a cru devoir s'arrêter. On s'occupe aujourd'hui de rechercher, non plus si l'eau est le véhicule des produits excrémentitiels, mais comment et par quelles combinaisons chimiques l'eau pure remplit ce rôle. On peut espérer que l'auteur continuera dans cette direction ses remarquables études.

---

21. *Deux cas d'inflammation de l'appareil gastro-intestinal, étendue au plexus solaire et au ganglion semi-lunaire, vérifiée à l'autopsie;* par M. Silvano.

(Giornale delle Scienze mediche della Societa medico-chirurgica di Torino.)

Obs. I. — Une femme de 60 ans, petite et mal nourrie, mais bien portante jusque-là, fut un jour prise, sans cause appréciable, de fortes douleurs d'estomac, que l'ingestion des aliments exaspérait. Les souffrances étaient portées au point de la faire se rouler par terre, jusqu'à ce que, au bout d'une heure ou deux, disparaissaient ces douleurs, ainsi que les convulsions des membres, l'anxiété et les nausées dont elle s'accompagnait. Cette scène se reproduisit pendant quinze jours, jusqu'à ce que, enfin, l'épigastralgie étant devenue continue, on appela M. Silvano. Il la trouva avec une respiration difficile et gémissante, les extrémités froides, le pouls misérable, des douleurs atroces se réveillant au moindre contact sur l'épigastre et l'hypochondre droit; vomissements incessants dès qu'elle prenait quelque chose : le foie débordait les fausses côtes de quatre bons travers de doigt. (Sinapismes, légers excitants anodins.)

Mort au bout d'une heure.

Autopsie 30 heures après la mort, par un temps froid.

Crosse de l'aorte incrustée de phosphate calcaire. Injection, rougeur et fausses membranes sur la tunique péritonéale de l'estomac et du foie. Ce viscère hypertrophié avait sa structure normale. Le ganglion semi-lunaire, le plexus solaire, les nerfs pneumogastriques et les intercostaux étaient d'une couleur rouge écarlate, très-finement injectés; leurs ramifications participaient, mais en moins, à cette altération; le tronc du pneumo-

gastrique gauche était rougeâtre depuis l'arc de l'aorte jusqu'au cardia ; le droit ainsi que les nerfs intercostaux avaient leur couleur naturelle. Les intestins grêles offraient la même couleur à l'extérieur ; à l'intérieur, on y trouva la muqueuse molle, pultacée, rougeâtre et ramollie au point de pouvoir être râclée avec le scalpel. Les autres viscères étaient sains.

Obs. II. — Un homme âgé de 30 ans, grand et maigre, se trouvait depuis quelque temps mal portant sans pouvoir assigner à cet état de cause précise. S'étant un jour fatigué plus que de coutume dans son métier de boulanger, il fut saisi d'une douleur très-violente au bas de la région épigastrique. Quoiqu'il n'y eût ni accélération du pouls, ni soif, ni rougeur de la langue, il était survenu une telle dépression des forces que le patient pouvait à peine se soutenir. (Lavements huileux et quelques boissons mucilagineuses.)

Peu d'heures après, M. Silvano fut rappelé auprès de lui. Accusant toujours une douleur brûlante du ventre que la pression augmentait peu, il se plaignait aussi de soif ardente et désespérait de sa guérison. Une saignée du bras n'amena pas de soulagement. Comme il n'y avait pas de sangsues, on fit une saignée du pied. Mais, le pouls étant devenu fréquent et irrégulier, quelques onces de sang avaient à peine coulé de la saphène, que le malheureux tomba en syncope et mourut dix-sept heures environ après le commencement de la maladie.

Autopsie. — Encéphale entièrement sain, ainsi que la moelle et les viscères thoraciques. L'estomac ayant été ouvert, on trouva la muqueuse, le long de la grande courbure, dans un état à peu près analogue à celui de la peau sur laquelle aurait été appliqué un emplâtre de poix de Bourgogne, épaissie, engorgée de sang rouge, et parsemée de vésicules de la grosseur d'une châtaigne ou d'une noix, pleines de sérosité rougeâtre. Le reste du tube digestif montrait aussi les traces d'une inflammation plus ou moins étendue. Les nerfs intercostaux, surtout le droit, le ganglion semi-lunaire, le plexus solaire et la tunique interne de l'aorte et de ses branches étaient très-finement injectés et offraient une belle teinte de cochenille que n'y effacèrent ni les lavages répétés ni le râclage avec le scalpel. Le sang que contenait l'aorte était en petite quantité, et présentait d'ailleurs une couleur noirâtre, à laquelle on ne pouvait par conséquent pas attribuer la production de celle dont nous venons de parler.

— Malgré les détails très-précis que contiennent les deux observations précédentes, on pourrait, ce nous semble, élever quelques doutes, non pas sur la coloration des ganglions, mais

sur la signification que l'auteur lui attribue. En effet, doit-on s'étonner beaucoup que les nerfs et les ganglions placés au milieu de parties enflammées aient participé à la congestion sanguine qui avait envahi leur voisinage? Dans cette altération, nous inclinerions, pour nous, plutôt à voir une extension insignifiante du *processus* phlegmasique, un effet naturel de sa progression par voie de continuité, que la cause de tous les symptômes et le motif de la terminaison aussi rapidement fatale. Quelques considérations secondaires corroborent encore nos doutes. N'y a-t-il pas eu de la part de l'auteur, dans la recherche de ces lésions cadavériques, une certaine préoccupation instinctive, un désir secret de trouver malades les tissus nerveux? Lui-même, dans son récit, nous autorise à nous poser au moins cette question, lorsqu'il dit, en décrivant les lésions constatées à l'autopsie: « La marche de l'affection m'avait fait supposer que les ganglions semi-lunaires et les nerfs pneumogastriques et intercostaux avaient participé à l'inflammation, et je découvris *avec une véritable satisfaction* que je ne m'étais pas trompé dans ma conjecture. »

---

22. *Cas d'obstruction des intestins par un gros calcul;* par le docteur CAMPBELL.

(London medical Gazette.)

OBS. — Une dame de 50 ans, d'une bonne constitution, était sujette à des dérangements gastriques pour lesquels elle usait avec succès des laxatifs. Deux pilules purgatives furent prises dans la nuit du 26 août. Le 27, la malade fut prise d'une faiblesse soudaine après une promenade. Peu de temps après, elle eut une selle féculente.

Le 28, vomissement sans douleur; pas de garde-robe. (Une dose de tartre stibié.)

Le 29, le vomissement devient stercoral; les selles sont toujours supprimées. (On donne le calomel et l'opium; un vésicatoire est appliqué sur la région du foie.)

Les jours suivants, on a recours aux purgatifs de toute espèce, unis aux antispasmodiques; une saignée est pratiquée. Les vomissements se rapprochent, deviennent de plus en plus stercoraux, sans beaucoup de souffrances, sans angoisse; absence complète de garde-robes; les lavements sont rendus absolument sans matières; le ventre se distend de plus en plus. On constate la non-existence de hernies. Une sonde élastique, introduite le 2 septembre dans l'anus, jusqu'à la hauteur de 15 pouces, ne

rencontre aucun obstacle; elle est réintroduite le 5 à la profondeur de 20 pouces, et cette fois, quand on la retire, on s'aperçoit qu'elle est éraillée. On la remplace par une chandelle, et l'on acquiert la conviction, dit l'auteur, qu'il existe deux rétrécissements, l'un à 4 pouces au-dessus de l'anus, l'autre à 4 pouces également du premier.

Enfin, le 6, la malade était dans l'état le plus inquiétant, quand elle rendit un lavement pris soixante-douze heures auparavant. Un autre lavement fut immédiatement donné, qui amena d'abondantes évacuations féculentes. Le 7, *la malade rend par l'anus, sans la moindre difficulté, une concrétion volumineuse.* A partir de ce moment, les garde-robes continuent, et la convalescence s'établit rapidement.

Le calcul était enveloppé d'une couche de matière fécale excessivement dure, sur laquelle se dessinaient les cellules du colon. Il semblait formé de bile concrète, avec des stries de cholestérine. Il pesait trois onces; sa forme était ovale; son plus grand diamètre de 1 pouce et un 6/10e, et son plus petit de 1 pouce.

— Ainsi que le remarque l'auteur, il est probable que le calcul avait occupé longtemps, sans donner lieu à aucun symptôme appréciable, l'une des cellules du colon. La superposition successive de couches de matières fécales, en augmentant son volume, aura facilité son déplacement, et il sera venu alors oblitérer l'S iliaque. De cette circonstance que les lavements étaient reçus et quelquefois gardés plusieurs jours par les gros intestins, on peut induire que le calcul formait soupape, se soulevant pour laisser passer le liquide et retombant de manière à l'empêcher de sortir. Peut-être aussi le double rétrécissement constaté le 5 septembre était-il le résultat d'une contraction spasmodique occasionnée par la présence du corps étranger.

Des faits analogues ont déjà été cités. Dans un cas suivi de mort, cité par Abercrombie (*Maladies de l'estomac*), les intestins grêles étaient obstrués par un calcul qui n'avait pas plus de 4 pouces dans sa plus grande *circonférence* et 3 pouces et demi dans la plus petite. Au reste, l'obstruction intestinale peut être produite par des corps étrangers d'un volume beaucoup moindre. Chez un vieillard mort à la suite d'une suppression des garde-robes, nous avons trouvé l'iléon complétement oblitéré par une grande quantité de noyaux de cerises, cimentés par des fèces durcies.

23. *Cas de sialorrhée, avec analyse de la salive et de l'urine;* par le docteur GLOVER.

(London medical Gazette.)

Ce cas de sialorrhée, relatif à une femme de 35 ans, se distingue par quelques circonstances exceptionnelles. Le flux salivaire s'était formé presque subitement, depuis deux ans. Il cessait pendant le sommeil et reparaissait invariablement au réveil. En même temps, des douleurs se firent sentir par intervalles à l'épigastre, et les urines devinrent très-rares; puis survint un endolorissement le long de la colonne lombaire et dans la région lombaire *gauche*, avec engourdissement du membre inférieur *droit*. Quand le docteur Glover vit la malade, le 18 novembre 1844, la quantité de salive rendue par jour était de 12 à 14 onces, tantôt claire, tantôt chargée de flocons noirâtres; dans ce dernier cas, elle était toujours très-fétide. La quantité d'urine était généralement de 8 à 12 onces.

Le 4 décembre, l'urine du jour précédent, pesant 8 onces, et la salive des deux derniers jours, pesant 22 onces, furent examinées avec soin.

L'*urine*, qui contenait une petite quantité de sédiment rougeâtre, était acide. Sa pesanteur spécifique était de 1,035; 1,000 grains de ce fluide, bien filtrés, donnèrent les proportions suivantes :

Eau.		934,16	ci. .	934,16
Matières solides. .	Acide urique. . .	0,70	. .	65,84
	Urée.	16,20		
	Sels d'incinération.	15,70		
	Résidu.	33,24		
				1,000,00

Cette proportion de 65 parties de substances solides est-elle supérieure ou inférieure à l'état normal? C'est ce que, dans l'état actuel de la science, il serait difficile de décider. Le docteur Becquerel (*Séméiotique des urines*) ne porte pas la pesanteur spécifique au-dessus de 1033,6 qu'il fait correspondre à 55,40 seulement de substances solides; tandis que le docteur Christison attribue à des urines de 1033 de densité 76,89 de ces substances. On voit donc combien ces analyses sont encore de peu de profit pour la science, combien sont incertaines les inductions qu'on en pourrait tirer.

La *salive*, d'une densité de 1004,2, était alcaline. 4000 grains furent évaporés jusqu'à siccité après filtration. (Les flocons rassemblés sur le filtre sont regardés comme de la ptyaline.) Voici les résultats de cette opération.

	Sur 1,000 parties de salive brute :	
Flocons.		40,00
	Sur 1,000 parties de salive filtrée :	
Eau.		995,50
Matières solides.	Sulfocyanure et chlorure de potassium	0,14
	Graisse et matière extractive soluble dans l'alcool chaud.	0,42
	Chlorures.	0,25
	Matière extractive soluble dans l'eau.	1,53
	Albumine et mucus.	0,40
	Carbonates et phosphates alcalins.	1,43
	Phosphates terreux.	0,13
	Perte.	0,20
		1,000,00

Si l'on s'en rapporte à l'opinion généralement admise sur la composition normale de l'urine, il résulterait de l'analyse précédente que la matière extractive et les sels étaient augmentés aux dépens des principes normaux.

Depuis cette époque, le malade a offert plusieurs alternatives d'augmentation et de diminution de la sialorrhée, et constamment on a pu observer un rapport inverse entre la quantité de salive rendue et la quantité des urines. Cet état durait encore en janvier 1846.

---

24. *Sur la chorée électrique.*

(Annali univ. di Medicina.)

Le docteur Dubini a lu au congrès de Naples un essai sur cette maladie encore peu connue et dont on ne peut retrouver de description nulle part. Elle n'est cependant pas rare, car l'auteur a eu l'occasion d'en rencontrer à lui seul trente-huit cas dans l'espace de neuf ans ; cette affection, que l'on peut appeler aussi chorée aiguë, est, jusqu'à présent du moins, presque toujours mortelle.

Voici quels sont ses principaux symptômes.

Au premier aspect, elle est caractérisée par des secousses musculaires qui se succèdent à intervalles plus ou moins rapprochés, toujours semblables à elles-mêmes, comme si elles étaient produites par des décharges électriques ; elles attaquent d'abord un doigt, un membre, le plus souvent le membre supérieur droit, ou bien une moitié de la face, surtout la partie droite, et s'étendent en peu de jours à toute la moitié correspondante du corps. A ces mouvements électriques presque continus, pour ainsi dire, s'en ajoutent d'autres d'apparence convulsive, au nombre de 2, 3, 4, et plus dans les 24 heures, et dans lesquels les contrac-

tions musculaires, beaucoup plus violentes, produisent une accélération du pouls telle, qu'elle fait croire à un véritable état fébrile, la peau se couvrant aussi d'une sueur abondante; puis peu après la gaîté, l'appétit et l'apyrexie reparaissent : enfin les membres, lorsqu'ils ont souvent été atteints par la maladie, finissent par tomber graduellement dans un état de véritable paralysie.

La frayeur a été reconnue, dans la majorité des cas, comme cause de cette maladie, qui atteint particulièrement les sujets de 7 à 20 ans, robustes et bien portants; l'auteur possède aussi des faits recueillis sur des hommes d'un âge mûr, sur des femmes enceintes, accouchées, nourrices, ou arrivées à leur âge critique. L'affection s'est montrée enfin toujours sporadique et à une époque indifférente de l'année.

Chez quelques sujets, on a remarqué comme signes précurseurs des douleurs à la tête, à la nuque, le long de la colonne vertébrale. Chez tous, lorsque la maladie commence, les muscles moteurs de l'œil, ceux des paupières, de toute la moitié de la face, de la langue, du bras, du tronc et du membre pelvien du même côté, sont le siége de contractions violentes et très-répétées. Ces contractions par secousses, qui diffèrent de celles de la chorée ordinaire en ce qu'elles sont toutes identiques, obligent sans cesse les yeux, la bouche, la langue, la tête, à se tourner et à se plier de plus en plus vers le côté malade, toutes les parties des membres supérieurs et inférieurs à se contracter brusquement et par secousses; et cet état dure jusqu'au déclin de l'affection, quelquefois même sans laisser le malade en repos pendant le sommeil. On a vu les contractions se borner à une main, à quelques doigts, et ne s'étendre à toute la moitié du corps que 30 ou 40 jours après.

Lorsque l'accès est fini, le côté du corps qui en a été le siége est en partie paralysé.

L'auteur étudie ensuite les variétés de forme, les effets croisés que prennent les contractions musculaires dans la chorée électrique, les phénomènes accessoires de cette affection, tels que difficulté ou abolition de la parole, en général intégrité des facultés intellectuelles et des fonctions digestives, plénitude, largeur du pouls, etc.

A mesure que la maladie fait des progrès, les contractions musculaires deviennent de plus en plus fréquentes, et s'étendent à l'autre moitié du corps, tout en devenant de plus en plus faibles, jusqu'au moment où elles cessent. Alors le malade tombe dans le coma, la face devient livide, la respiration stertoreuse; le

globe de l'œil se renverse en haut, la conjonctive s'injecte, la cornée s'ulcère quelquefois ; le pouls devient misérable, et la mort n'arrive parfois qu'après 24 ou 48 heures d'agonie.

La durée de la maladie peut être de 1, 2, 3 mois, et même davantage. M. Dubini préfère donc l'appeler plutôt chorée électrique que chorée aiguë, parce qu'elle ne suit pas essentiellement une marche aiguë, et que dans les cas les plus compliqués, ce n'est pas une affection fébrile.

Les recherches cadavériques n'ont montré dans la plupart des cas qu'une légère congestion veineuse des méninges. On n'a trouvé aucune lésion ni de forme, ni de consistance, ni de coloration dans la masse cérébrale ; dans quelques cas seulement, il existait une injection légère de la substance blanche.

Dans trois cas seulement, l'auteur a trouvé un ramollissement gris dans la couche optique gauche, qui prouvait la paralysie du bras du côté opposé.

Enfin la maladie se termine presque constamment par la mort, malgré les moyens les plus variés ; de telle sorte que l'on peut presque dire que la mort est la règle et la guérison l'exception : la mort est due aux progrès mêmes de la maladie qui, en se généralisant, devient la cause d'un état apoplectique.

Quant au traitement, des moyens variés ont été successivement mis en usage, et presque toujours sans résultat.

Ainsi les antiphlogistiques énergiques n'ont fait que rendre les accès plus forts et plus fréquents, jeter les malades dans l'anémie et hâter leur fin ; le calomel, même à dose très-élevée, n'a produit aucun effet ; la belladone a déterminé le développement du délire ; les drastiques et les anthelmintiques donnés dans quelques cas ont été peu efficaces, même pour produire l'évacuation de vers intestinaux. On n'obtint pas plus de résultats de l'extrait alcoolique de noix vomique, de la strichnine, de la quinine, de l'opium, de l'hydrocianate de fer. Les seuls médicaments qui parurent avoir bon effet, furent l'oxyde de zinc uni à la valériane et l'extrait de jusquiame, qui parut diminuer quelque peu la violence des attaques, et dont le docteur Rotondi avait déjà obtenu des succès chez trois individus.

Voici en peu de mots le traitement employé dans les deux seuls cas de terminaison heureuse que l'auteur puisse citer.

1° Un jeune homme de 14 ans fut pris des premiers mouvements convulsifs de la chorée à la suite d'une indigestion ; la céphalalgie obligea à appliquer d'abord des sangsues aux tempes ; on administra ensuite l'électuaire de Bremser, dans l'idée qu'il pouvait exister des vers intestinaux, et les convulsions devin-

rent plus violentes. C'est alors qu'on fit prendre un mélange d'un scrupule de valériane et d'un grain d'oxyde de zinc répété six fois dans le jour. Les premières doses parurent augmenter les accès et produire des troubles du côté des voies digestives; mais en persévérant dans ce médicament, on vit diminuer la force et la fréquence des attaques qui disparurent bientôt complétement.

1° Dans le second cas, il s'agit d'une jeune personne de 16 ans, robuste et prise d'attaques de chorée très-fortes et très-fréquentes, qui envahirent bientôt tout le corps. On pratiqua une saignée; on administra des poudres drastiques; on appliqua des sangsues au cou, on fit prendre intérieurement pendant deux jours une infusion de valériane et d'arnica, et enfin la malade étant à toute extrémité, on lui rasa la tête pour la couvrir d'un vésicatoire, puis on pratiqua sur les parties latérales du cou des frictions mercurielles. Quelques heures après, la malade se plaignit du vésicatoire, et les accès ne se reproduisirent plus qu'à de très-longs intervalles. L'effet de l'onguent napolitain ne se fit sentir que deux jours après. Au bout de huit jours, la malade était rendue à la santé.

Les mêmes moyens employés dans d'autres circonstances n'eurent malheureusement pas le même succès.

L'auteur termine son travail par le diagnostic qu'il établit entre l'espèce de chorée qu'il appelle électrique et la chorée ordinaire ou danse de St-Guy, l'épilepsie, l'éclampsie, l'ergotisme, le typhus apoplectico-tétanique d'Italie, la méningite cérébro-spinale, la forme convulsive de l'encéphalopathie saturnine, l'hypertrophie cérébrale, le ramollissement inflammatoire partiel du cerveau, et les tumeurs de cet organe.

La longueur de ce travail nous oblige à ne citer que le diagnostic différentiel établi entre les deux premières espèces de maladies, qui ont le plus d'analogie.

Danse de St-Guy.	*Chorée électrique.*
1° C'est une maladie caractérisée par des mouvements irréguliers, partiels ou généraux, qui varient à chaque instant, donnant lieu à des gestes involontaires, souvent ridicules. Des deux côtés du corps, c'est le gauche qui est atteint de préférence, de telle sorte que sur 25 cas rapportés par Rufz, il ne s'en est trouvé qu'un seul où le côté droit fut atteint. Le désordre des contractions musculaires est le symptôme pathognomonique.	1° Maladie caractérisée par des secousses semblables aux secousses électriques, toujours semblables à elles-mêmes et occupant toujours aussi les muscles qui ont été atteints dès le principe de la maladie : sauf le cas où elles s'étendent aux autres muscles, ces contractions occupent ordinairement un seul côté du corps, et de préférence le droit. L'identité des contractions musculaires est le symptôme pathognomonique.

Danse de St-Guy.

2° On observe chez le malade un esprit éveillé, droit, puis une mobilité de caractère qui le fait rire et pleurer presque sans raison, ou bien une indifférence apathique provenant d'un affaiblissement des facultés intellectuelles.

3° Les mouvements vagues de la danse de St-Guy ne sont pas nécessairement suivis de paralysie. Si le malade ne peut parfois se soutenir sur ses jambes, cela dépend plutôt de leurs mouvements désordonnés que de leur état paralytique.

4° La maladie, dans la majorité des cas, guérit spontanément ou à l'aide des différents moyens mis en usage. La cause de la mort, lorsqu'elle a lieu, est toujours une affection intercurrente.

Chorée électrique.

2° Le malade connaît la gravité de son propre mal, et a le plus souvent le pressentiment invincible d'une fin malheureuse. On n'observe pas chez lui de changement spontané de caractère.

3° Les secousses convulsives des membres d'un côté, conduisent insensiblement, et quelquefois tout d'un coup après les premiers accès, à leur paralysie.

4° La maladie se termine presque constamment par la mort et malgré la médication la plus variée; de telle sorte que l'on peut dire qu'à la rigueur, la mort est la règle et la guérison l'exception. La mort d'ailleurs est due aux progrès mêmes de la maladie qui, en se généralisant, devient la cause d'un coma apoplectique.

---

25. *Sur l'application du galvanisme dans un cas de métrorrhagie accidentelle*; par M. Th. Radford.

(London medical Gazette.)

L'auteur, qui a déjà préconisé l'emploi du galvanisme comme un excellent moyen contre la plupart des hémorrhagies puerpérales, cite l'observation suivante parmi les plus décisives en faveur de l'efficacité de cet agent. Il est effectivement hors de doute que l'insuccès des remèdes jusque-là essayés chez cette femme, l'abondance de l'hémorrhagie et la rapidité de l'effet obtenu ne permettent guère de contester la part importante qui revient au galvanisme dans cette guérison. Le lecteur le jugera comme nous assurément; et comme nous il gravera le souvenir de ce cas remarquable au nombre de ceux qu'il pourra consulter le plus utilement en semblable occurrence.

Obs. — Une femme, enceinte de huit mois, ayant éprouvé une violente frayeur, fut prise d'une métrorrhagie accompagnée de fréquence du pouls et de chaleur à la peau. M. Radfort, appelé auprès d'elle, la trouva sans douleur, et s'assura que les mouvements du fœtus persistaient encore. L'orifice utérin était fermé et rigide. Il ordonna le repos, un bandage de ventre, des aspersions d'eau vinaigrée sur l'hypogastre et la vulve. (Boissons froides et acidulées.)

Au bout de quatre heures, l'hémorrhagie ayant plutôt augmenté et étant alors très-abondante, il n'osa employer le tampon, qui n'eût fait que renfermer le sang au dedans, et il perça

les membranes avec une sonde d'homme. Les eaux coulèrent, et l'on pratiqua en même temps des frictions vigoureuses sur la région utérine; mais il ne se manifesta nulle contraction. La perte continuait, et le col utérin demeurait roide et clos; ce qui empêchait d'opérer la délivrance, à moins qu'on n'y procédât de vive force, au risque presque certain d'occasionner une lésion organique. Dans ces conditions, M. Radfort se décida à appliquer le galvanisme. Il fit d'abord pénétrer le conducteur vaginal jusqu'à la lèvre antérieure du col, et plaça ensuite l'autre sur le fond de l'utérus, l'y faisant maintenir par un aide. On ferma alors le cercle, et la patiente se plaignit immédiatement de sentir comme si on la coupait. On changea plusieurs fois, pendant l'opération, les conducteurs de place pour les faire agir sur tous les points, et en les disposant de telle sorte qu'ils se correspondissent, autant que possible, dans le sens de l'axe le plus long de la matrice. Du moment où le cercle électrique devint complet, les douleurs expultrices s'éveillèrent. Leur intensité était d'autant plus grande qu'on laissait les conducteurs plus longtemps en place. On sentit plusieurs fois l'utérus subir une contraction tonique, et cet effet était plus prononcé chaque fois qu'on établissait la communication entre les deux pôles.

Le galvanisme fut appliqué de cette manière par intervalles durant une demi-heure; au bout de ce temps, on retira le conducteur vaginal, et on en plaça à l'extérieur un sur chacun des côtés de la matrice, afin de faire agir le courant dans une direction oblique et transverse. On promena ainsi les deux conducteurs de haut en bas, de manière qu'aucune portion du tissu utérin n'échappât à l'action électrique.

Depuis le moment où l'utérus commença à se contracter, la perte sanguine diminua, et bientôt elle cessa complétement. Le col se ramollit aussi peu à peu et s'entr'ouvrit graduellement, de sorte qu'au bout de six heures, il fut assez dilaté pour permettre à la tête fœtale de le traverser. L'enfant naquit vivant. Le placenta fut expulsé sans aucune autre aide. Il n'y eut pas ultérieurement d'hémorrhagie, et l'utérus se rétracta énergiquement.

---

26. *Note sur les huiles de ricin et de croton tiglium dans certaines maladies de l'enfance;* par le docteur SPENCER THOMSON.

(Monthly Journal of medical Science.)

Il existe, dit ce médecin, peu de cas de diarrhée dans le très-jeune âge qui ne puisse être guérie par le seul secours de l'huile de ricin. Ainsi, par exemple, l'huile de ricin ne manque jamais

son effet dans la diarrhée qui s'observe pendant la première année d'existence chez les sujets mal nourris. Cette conviction, qui paraît très-arrêtée chez l'auteur, est basée sur une longue observation des faits. Lors donc qu'à des selles d'abord sèches et de couleur variable succèdent des selles liquides, mêlées de matières muqueuses, striées de sang, et dans lesquelles ce fluide peut même prédominer ; lorsque ces évacuations sont accompagnées de ténesme, d'inflammation de l'anus, de gonflement douloureux du ventre, de sécheresse de la langue, d'aphthes à la bouche, et enfin d'un état fébrile qui ne tarde pas à jeter l'enfant dans le marasme et la somnolence, M. Spencer n'emploie pas d'autre médication que l'huile de ricin associée à quelques légers narcotiques. Il va sans dire que ce traitement ne saurait exclure la prescription d'un régime approprié, non plus que celle des moyens auxiliaires indiqués dans ce cas ; mais ce que M. Spencer tient à établir, c'est qu'aucune médication ne modifie alors aussi promptement et aussi favorablement l'état morbide que l'huile de ricin.

Il faut seulement, ajoute ce médecin, que la substance médicamenteuse soit donnée avec persévérance et dans des proportions convenables. En général, M. Spencer formule la prescriptionsuivante pour un enfant de 2 à 4 mois :

Pr. Huile de ricin.	de 4 à 6	grammes
Jaune d'œuf.	1/2	—
Eau distillée d'aneth.	ãã 32	—
— de fenouil		

F. S. A. une émulsion dont on administre une cuillerée à café deux fois par jour.

Ainsi préparée, cette mixture est généralement prise sans répugnance et même avec un certain plaisir. On peut y ajouter, si la circonstance l'exige, de 2 à 6 gouttes de laudanum.

Il existe encore une forme d'affection intestinale contre laquelle M. Spencer croit fort utile d'employer l'huile de ricin. C'est cette maladie qu'on rencontre depuis l'âge de un an jusqu'à celui de neuf, et que caractérise la tendance des évacuations à devenir aqueuses, foncées, irritantes, etc. Dans un cas de ce genre, observé par l'auteur chez un petit garçon de trois ans, les évacuations ressemblaient à de l'eau sale ; elles revenaient de huit à dix fois dans les douze heures, et chaque fois leur passage déterminait une violente cuisson à l'anus. M. Spencer n'hésita pas à diagnostiquer une inflammation subaiguë de la muqueuse intestinale, et aussitôt il prescrivit l'émulsion ci-dessus indiquée. Après la première dose, les garde-robes furent arrêtées pendant

trente-six heures, en même temps que les autres symptômes présentèrent une amélioration notable. On continua la potion, et l'enfant ne tarda pas à entrer en convalescence.

M. Spencer cite un fait encore plus favorable à son opinion sur l'efficacité de l'huile de ricin dans l'espèce : c'est celui d'une petite fille de deux ans, malade depuis trois mois, et qui avait fini par être prise à la fois de diarrhée et de vomissements. La diarrhée arrêtée momentanément par des moyens divers, revenait avec opiniâtreté et durait ainsi depuis deux mois. L'enfant était réduite à l'état le plus prononcé de marasme. Le pouls était fréquent, la langue rouge, la peau sèche, le sommeil agité ; les garde-robes nombreuses et formées de matières liquides, mêlées de mucus gélatineux, étaient suivies de la chute du rectum. M. Spencer soumit la malade à la diète lactée et à l'usage de la potion suivante :

Pr. Huile de ricin.	12 grammes.	
Jaune d'œuf.	} ââ 45	—
Eau distillée.		

Faites une émulsion.

Ajoutez huile de casse.	5	gouttes.
Teinture d'opium.	10	—

à prendre par cuillerée à café trois fois le jour.

Ce traitement, commencé le 7 novembre, amena une amélioration rapide ; les selles se régularisèrent dans l'espace de neuf jours et se réduisirent à une seule évacuation normale par vingt-quatre heures. Le pouls perdit de sa fréquence, et la malade reprit de l'embonpoint. Le 18, persistance de l'amélioration ; on continue l'usage de l'émulsion pendant la nuit et dans la matinée, en y joignant quatre petites cuillerées par jour d'une solution composée de :

Tartrate de fer ammoniacal.	2 décig.
Eau.	45 grammes.

Sous l'influence de ce traitement, l'appétit augmente. Le prolapsus du rectum cesse de se reproduire après chaque garde-robe ; les forces reviennent sensiblement. Le 25, suspension de l'émulsion ; on substitue au tartrate de fer la teinture de chlorhydrate de fer à la dose de cinq gouttes, deux fois par jour. Le 20 décembre, rétablissement complet.

M. Spencer Thomson préconise aussi l'émulsion huileuse dans les affections diarrhéiques et dyssentériques des adultes. Suivant ce médecin, elle est particulièrement utile dans la diarrhée du typhus avec symptômes d'ulcérations de l'iléum. Il a eu lieu de s'en louer encore dans un cas d'hépatite subaiguë avec diarrhée,

excoriation douloureuse de la langue et dépression considérable des forces ; M. Spencer n'a pas hésité, dans ce cas, à rapporter la guérison du malade à l'usage exclusif de l'émulsion.

Il paraît du reste que l'action médicinale de l'huile est modifiée profondément par son union avec le jaune d'œuf, car M. Spencer a constaté que la même dose d'huile, qui à l'état simple agit comme apéritif, cesse d'agir dans ce sens quand elle est combinée avec le jaune d'œuf.

Il est presque inutile de dire que si l'estomac était facilement irritable, il serait convenable d'ajourner l'administration de l'émulsion jusqu'à ce que cette disposition de l'organe fût calmée par des boissons gazeuses ; mais d'ailleurs il paraît que l'huile ainsi associée est parfaitement tolérée par l'estomac.

Après avoir traité de l'application de l'huile de ricin au traitement des divers états morbides que nous venons d'indiquer, M. Spencer Thomson jette un coup d'œil sur les autres huiles provenant des euphorbiacées. Nous nous dispenserons de reproduire cette partie de son travail. Disons seulement que l'auteur signale dans le mode d'action de l'huile de croton tiglium un phénomène assez extraordinaire et qui ne paraît pas généralement connu. Ce médecin a observé que chez les enfants l'huile de croton agit avec beaucoup moins de puissance que chez les adultes, et cela à l'intérieur. Ainsi, par exemple, M. Spencer a souvent vu des doses, qui purgeaient énergiquement des adultes, ne pas produire d'autre effet que celui d'un léger laxatif chez les enfants. Il cite à ce sujet le cas d'un malade âgé de 3 ans, atteint d'hydrocéphale aiguë, chez lequel trois ou quatre gouttes d'huile de croton ne déterminèrent que quelques garde-robes. Quant à l'action de ce médicament sur la peau, M. Spencer s'est maintes fois, et toujours avec surprise, assuré que le liniment, qui chez une femme nourrice produisait une abondante éruption pustuleuse, appliqué sur la poitrine de son enfant, ne provoquait qu'une faible rougeur et à peine l'apparition de quelques légères élevures.

Réflexions. Nous avons souvent entendu professer cette opinion, qu'on pouvait chez les enfants employer les évacuants avec plus de hardiesse que chez les adultes. Il est des praticiens qui prescrivent des vomitifs dans presque toutes les affections de l'enfance, se fondant sur l'extrême facilité avec laquelle les jeunes sujets se débarrassent par le vomissement des aliments qui surchargent leur estomac. Cette pratique nous a toujours paru dangereuse. Il est vrai que les enfants vomissent facilement ; mais leur muqueuse digestive n'en est pas moins suscep-

tible d'inflammation, et le plus grand nombre des affections graves que nous observons dans les premières années de la vie, ont leur point de départ dans l'estomac ou dans les intestins. Nous ne saurions donc partager l'avis du docteur Spencer sur l'innocuité absolue des remèdes qu'il propose. Sans doute les purgatifs ont procuré des succès dans les cas indiqués par ce médecin; mais nos lecteurs ne doivent pas oublier qu'en suivant cette pratique, s'ils ne guérissent pas leurs malades, ils aggravent nécessairement les accidents et se ferment toutes les autres voies de salut.

On sait d'ailleurs que les Anglais font un usage à peu près constant des substances purgatives; ils se purgent en santé comme en état de maladie, et soit que leurs forces digestives s'accommodent mieux que les nôtres de ces excitations réitérées, soit que le climat sous lequel ils vivent favorise l'action de ce médicament, les purgatifs jouissent chez eux d'une vogue extrême, et les praticiens de la Grande-Bretagne assurent que la méthode évacuante est une sorte de panacée universelle dont on ne peut se passer dans l'immense majorité des cas.

Il n'en est point ainsi en France. Les purgatifs sont des médicaments précieux sans doute; mais dans les maladies aiguës on n'en use qu'avec précaution, et les enfants plus que les adultes peut-être, se trouvent fort mal de leur administration intempestive. Il est d'ailleurs bien peu de praticiens parmi nous qui consentiraient à donner trois ou quatre gouttes d'huile de croton tiglium à un enfant âgé de 3 ans.

Nous ferons en outre observer qu'il n'est pas étonnant qu'un purgatif administré à haute dose, comme dans le cas rapporté par M. Spencer, n'ait déterminé que quelques garde-robes. Il n'est pas un médecin qui ne sache qu'un certain degré de stimulation est nécessaire pour que les sécrétions de l'intestin soient excitées; qu'au delà de ce terme la muqueuse, violemment irritée, ne fournit plus de sérosité, et que chez une foule d'individus c'est avec des laxatifs et non avec des drastiques que des selles nombreuses peuvent être provoquées. L'état habituel du tube digestif, ou peut-être l'idiosyncrasie du sujet, doivent être consultés avant de recourir à l'emploi des évacuants, et cette considération seule nous indique comment M. Spencer a été amené à conclure que les enfants sont parfois plus difficiles à purger que les adultes. Nous ne saurions nous expliquer comment ce praticien a pu trouver la peau moins irritable dans les premiers temps de la vie qu'à un âge plus avancé. C'est une nouveauté en thérapeutique qui ne s'observe point dans ce pays.

27. *Efficacité de l'acétate de plomb et de la teinture de chlorhydrate de fer dans l'albuminurie scarlatineuse;* par M. le docteur O'Ferrall.

(The Dublin hospital Gazette.)

Très-souvent, l'anasarque qui succède à la scarlatine s'accompagne d'accidents qui ne laissent aucun doute sur sa nature inflammatoire : quelquefois aussi la phlogose organique ne se révèle que par l'état réactionnel du pouls et de la peau ; mais dans l'un et dans l'autre cas le traitement antiphlogistique est indiqué, et en général on se trouve bien de l'emploi, soit des évacuations sanguines, soit des purgatifs ou des émétiques. Il peut arriver cependant qu'après avoir fait disparaître l'anasarque, le malade ne présente point encore le cachet d'une convalescence franche. Le pouls a perdu sa fréquence, la peau est fraîche, douce au toucher ; mais elle devient remarquable par sa pâleur, et l'urine contient une quantité notable d'albumine. Or, si ces deux symptômes persistent pendant quelque temps, le malade tombe dans un état d'anémie qui se révèle par tous les accidents propres à cette affection.

Nous nous abstiendrons de rapporter les explications plus ou moins fondées de M. O'Ferrall, sur la perversion de la fonction urinaire dans cette circonstance. Il nous suffira de dire qu'il y a pour lui, en pareils cas, indication formelle d'employer l'acétate de plomb et les martiaux, en les administrant de la manière suivante :

M. O'Ferrall donne l'acétate de plomb à la dose de 10 à 15 centigrammes trois fois par jour, avec addition d'un peu d'acide acétique et d'eau distillée. Il fait succéder ensuite à ce médicament la teinture de chlorhydrate de fer qui lui paraît la plus avantageuse de toutes les préparations martiales. C'est une chose surprenante, dit ce médecin, que la rapidité avec laquelle les symptômes s'amendent sous l'influence de cette médication. On a vu de l'urine qui, pendant plusieurs semaines, avait présenté un dépôt considérable d'albumine, revenir à l'état normal après l'ingestion de quelques doses d'acétate de plomb. M. O'Ferrall dit aussi avoir réussi dans un cas avec le chlorhydrate de fer seul, mais après avoir employé longtemps cet agent.

L'observation qui, dans le principe, attira l'attention de M. O'Ferrall sur les deux symptômes que nous avons signalés plus haut, est celle d'une petite demoiselle qui dans une famille de cinq enfants fut la troisième à contracter la scarlatine. La maladie éruptive se montra bénigne. L'anasarque et l'albuminurie qui en furent la suite ne s'accompagnèrent d'aucune complication

du côté de la poitrine. De petites doses d'émétique et de nitre, des bains chauds et un cathartique constituèrent le traitement employé. L'anasarque disparut; mais la malade ne recouvra pas ses forces : loin de là, celles-ci allèrent en diminuant, et l'anémie était d'ailleurs si sensible qu'il suffisait de placer le stéthoscope au-dessus de la clavicule pour y entendre le bruit de diable le mieux caractérisé. Traitée par l'acide nitrique, l'urine donnait un nuage épais d'albumine ; il y avait par conséquent anémie et albuminurie. M. O'Ferrall donna l'acétate de plomb à la dose de 1 décigramme trois fois par jour, dose qui fut portée à 15 centigrammes le jour suivant. A partir de cette époque, l'urine cessa de précipiter par l'acide nitrique. La teinture de chlorhydrate de fer fut ensuite administrée pendant quelque temps, et l'enfant ne tarda pas à recouvrer les couleurs et les attributs de la santé.

Nous citerons également, à l'appui de la médication suivie par M. O'Ferrall, le cas d'une petite malade, âgée de sept ans, qui fut admise à l'hôpital Saint-Vincent de Dublin, dans une salle d'enfants confiée à ce médecin.

Trois semaines après la disparition d'une éruption scarlatineuse, on s'aperçut que le ventre était gonflé, que l'enfant urinait peu et restait pâle et délicate. Il y avait un œdème général ; l'abdomen était tendu et contenait manifestement du liquide séreux ; la peau était sèche. Rien d'ailleurs n'indiquait une affection organique du cœur ; mais le pouls était à quatre-vingt-dix-huit, faible et inégal. Soif, constipation. Les urines, traitées par l'acide nitrique, donnaient une quantité abondante d'albumine. M. O'Ferral prescrivit la médication suivante :

Purgation légère avec un peu d'huile de ricin. Ensuite 15 centigrammes de proto-carbonate de fer, trois fois par jour ; fomentations sur le ventre. On était au 5 septembre ; le 10, l'anasarque avait beaucoup diminué ; l'état général s'était amélioré. Les fomentations, faites deux fois par jour, provoquaient une transpiration facile. L'enfant contracta incidemment une bronchite. Nouvelle prescription :

Pr.	Nitrate de potasse.	1 décigr.
	Tartrate antimonié de potasse.	5 centigr.
	Sirop simple.	30 grammes.
	Eau.	150 —

à prendre par cuillerée à bouche de trois en trois heures. Le 13 septembre, amélioration de l'état des bronches ; changement nul dans celui des urines. Deux centigrammes et demi de quinine dans un sirop, trois fois le jour. Le 15 octobre, acide sulfurique étendu, cinq gouttes, trois fois par jour. Le 1er novem-

bre, l'urine contenant toujours une grande abondance d'albumine, et le bruit de diable se faisant encore entendre dans les carotides, M. O'Ferrall prescrit l'acétate de plomb, à la dose de 1 décigramme par jour. Le 4, pour la première fois depuis son admission à l'hôpital, l'enfant rend de l'urine qui ne précipite pas d'albumine. On continue l'usage de l'acétate de plomb. Le 20, urine normale : teinture de chlorhydrate de fer, quatre gouttes, trois fois par jour ; les symptômes d'anémie disparaissent et la santé se rétablit promptement et complétement.

Après avoir cité ces faits, auxquels il lui serait facile d'en ajouter un assez grand nombre de semblables, M. O'Ferrall formule, comme étant le fruit de son expérience sur la matière, les trois propositions suivantes :

1° L'albuminurie scarlatineuse peut être regardée comme liée à une hypérémie active du rein, contre laquelle le traitement antiphlogistique est indiqué dans la première période du mal.

2° Les symptômes de phlogose ayant été combattus, une congestion passive du rein peut survivre à ces symptômes, entretenir une hémorrhagie séreuse ou albumineuse, et produire en dernier résultat l'anémie.

3° L'albuminurie peut être combattue avec promptitude et succès par l'acétate de plomb, et l'anémie céder parfaitement sous l'influence d'un traitement ayant pour base la teinture de chlorhydrate de fer.

---

28. *Accouchement prématuré périodique ;* par le docteur Devilliers fils.

(Annali universali di Medicina.)

C'est ainsi que le docteur Rafacle désigne l'accouchement qui chez certaines femmes se renouvelle à chaque grossesse et au même terme. Il rapporte l'histoire d'une dame d'un tempérament lymphatique nerveux, qui, dans neuf grossesses consécutives, a mis constamment et périodiquement au monde des fœtus morts, au terme de 8 mois et demi. Des symptômes précurseurs, et particulièrement une toux sèche, annonçaient la catastrophe depuis le 7e mois et demi de grossesse ; l'auteur a remarqué que les mouvements du fœtus restaient forts et fréquents jusqu'à 8 mois et demi environ, époque à laquelle ils commençaient à devenir plus faibles et plus rares, jusqu'à répercussion vers le 4e jour : la malade éprouvait un froid très-intense et un vomissement violent, signes presque certains de la mort du fœtus. Une demi-heure après, succédait à ces symptômes une réaction fébrile, et

le fœtus se trouvait expulsé sans douleurs bien vives dans l'espace de 24 heures.

Les frictions avec l'onguent mercuriel, les décoctions et les sucs végétaux estimés les plus favorables, le rob, les bains de mer, les médicaments ferrugineux employés successivement, n'avaient jamais produit aucun résultat avantageux. Cette dame s'étant confiée aux soins du docteur Rafacle pendant sa 8e grossesse, celui-ci mit tous ses soins à chercher la cause d'un semblable accident, presque unique, croit-il, dans les annales de l'histoire obstétricale par sa fréquente répétition et la régularité des époques auxquelles il se représentait. En examinant la malade, il trouva ses membres inférieurs couverts de varices très-grosses, qui, remontant vers la partie interne des cuisses, envahissaient les parties génitales externes et pénétraient dans la cavité du bassin. Il supposa alors que l'état variqueux des vaisseaux ralentissait la circulation utérine, ce qui déterminait une congestion de l'organe, le décollement du placenta, et un accouchement prématuré. Il espéra donc tirer profit de l'emploi de petites saignées répétées de temps à autre; mais ce fut en vain : à l'époque accoutumée, les phénomènes ordinaires se développèrent, et l'accouchement prématuré eut lieu. Le fœtus était bien développé, bien nourri; le placenta était hypertrophié, et son volume, devenu énorme à cause de la quantité de sérosité dont il était infiltré; les arborisations vasculaires ressemblaient à autant de cordons tendus, durs et en quelques points ossifiés. Quand même, à l'exemple de Meckel, on voudrait considérer ces altérations comme des signes de maturité, de vieillesse du placenta, dit l'auteur, elles ne pourraient seulement qu'expliquer la cause de l'accouchement prématuré et non de la mort du fœtus. On ne peut supposer, en effet, que les vaisseaux placentaires aient pu s'indurer et s'oblitérer instantanément, et par conséquent on ne peut admettre que le fœtus soit mort d'asphyxie par défaut de sang revivifié par la circulation placentaire, pas plus que par défaut d'éléments nutritifs, puisqu'il est né plus développé que de coutume. On sait, continue-t-il, que le placenta, organe de la revivification du sang et moyen de transmission des matériaux nutritifs de la mère au fœtus, doit influer puissamment sur la santé et la vie de celui-ci, et pour cela il doit être cause de l'avortement et du part prématuré plus souvent qu'on ne se l'imagine. Mais on ne peut, dans l'état actuel de la science, déterminer avec certitude quelle a été la cause de la mort du fœtus dans les cas qui viennent d'être rapportés. Il se borne donc à rechercher quelle devrait être la conduite de l'accoucheur dans

des circonstances semblables, et pensant que si cette femme devenait de nouveau enceinte, elle mettrait encore au jour un dixième cadavre, il se demande si, après avoir constaté l'inutilité des moyens employés jusqu'alors, l'art n'a pas autre chose à tenter dans la vue d'assurer au fœtus la vie temporelle et spirituelle. Considérant que, dans le fait en question, la vie du fœtus se maintient dans toute sa vigueur jusqu'au delà du 8e mois, que l'utérus, après cette époque, cesse d'être un organe d'incubation et de développement pour le fœtus, et enfin qu'il est très-probable, et presque certain, que, si celui-ci naissait au 8e mois, il pourrait naître viable ou au moins vivre assez pour qu'on pût lui assurer la vie spirituelle, l'auteur conclut que dans ce cas ou ceux qui lui ressembleraient, il y aurait, plus que dans toute autre circonstance, indication de provoquer l'accouchement prématuré.

— Les cas d'accouchements prématurés ou d'avortements à des époques périodiques dans plusieurs grossesses successives, ne sont pas aussi rares que semble le croire le docteur Rafacle. Mais ce qu'offre de très-curieux l'observation qu'il rapporte, c'est la cause particulière qui semble avoir déterminé la mort du fœtus, du moins dans la grossesse dont l'auteur a été témoin. Parmi les causes nombreuses d'avortements, les ulcérations du placenta occupent une place très-importante; ce n'est pas ici le lieu de les énumérer : nous voulons seulement indiquer que la transformation osseuse est peut-être la plus rare, et cette transformation atteint plutôt le tissu même du placenta, surtout vers sa surface utérine, que les grosses ramifications des vaisseaux ombilicaux. Quant à la question de savoir si c'est véritablement à l'oblitération de ces canaux ou à toute autre cause que doit être rapportée la mort de l'enfant, nous ne possédons pas de détails assez nombreux sur la disposition des parties malades pour nous charger de la discuter; nous manquons aussi totalement des détails qui devraient être relatifs à la conformation des organes mêmes de l'enfant, et qui seraient très-importants à reconnaître. Faisons observer encore que les altérations du placenta ou des membranes ne donnent pas toujours la raison de la mort du fœtus. Mais un fait que nous ne devons pas omettre, et qui se rapporte peut-être à l'observation citée plus haut, c'est que, de même que quelques femmes, par une disposition organique particulière, accouchent constamment avant terme d'enfants offrant tous les attributs de ceux qui viennent à terme, et cela parce que l'évolution de l'œuf comme celle de l'utérus, en général solidaires l'une de l'autre, se font rapidement, et arrivent prématurément

à leur complément, de même aussi il est quelques sujets chez lesquels le développement de l'un peut devancer de beaucoup celui de l'autre. Et par exemple, dans l'observation du docteur Rafacle, il serait possible que l'œuf, étant arrivé à maturité bien avant l'utérus, ait commencé à subir les transformations cartilagineuses, osseuses, etc., que l'on a observées déjà sur des arrière-faix restés dans les organes maternels, et que le fœtus n'ait été expulsé que comme corps étranger après sa mort. Ces considérations du reste nous font adopter complétement les opinions du docteur Rafacle relativement au traitement qu'il propose, et qui, sans contredit, est le plus rationnel, après les essais nombreux et infructueux qui ont été tentés.

---

29. *De l'inflammation phlegmoneuse du bassin;* par M. Joseph Bell.

(London medical Gazette.)

Ce travail se compose d'observations particulières résumées ensuite de manière à construire sur des données propres à l'auteur, l'histoire de l'inflammation phlegmoneuse du bassin. Nous ne nous arrêterons qu'aux points qui nous paraîtront offrir un intérêt particulier. Commençons par ce qui concerne la symptomatologie et le diagnostic.

Les phlegmons du bassin donnent lieu à deux sortes de douleurs bien distinctes. La première, d'apparence névralgique, occupe la plus grande partie de l'abdomen. Le simple toucher arrache des cris aux malades, tandis qu'une pression graduellement exercée apporte du soulagement; mais dans ce dernier cas le retrait rapide de la main produit de la douleur. Le pincement de la peau cause également des souffrances aiguës. La seconde sorte de douleur est locale et occupe la partie inférieure de l'abdomen, soit l'une des fosses iliaques, soit l'hypogastre; une forte pression l'augmente, alors même que la douleur névralgique s'étend à cette région. Cette considération a une grande importance au point de vue séméiologique: toutes les fois que l'abdomen est le siége d'une douleur générale intense, avec les caractères ci-dessus indiqués, il est essentiel de rechercher s'il n'existe pas quelque part, du côté des fosses iliaques, une douleur d'une autre nature, sourde, profonde, ne s'exaspérant que sous une pression un peu forte. Sans cette précaution, on pourrait croire à l'existence d'une simple névralgie ou d'une péritonite, quand déjà le tissu cellulaire du bassin serait le siége d'un

noyau phlegmoneux. Une erreur de ce genre, on le comprend, ne serait pas sans influence fâcheuse sur le traitement.

La douleur générale de l'abdomen, remarquable par son siége superficiel, est-elle réellement de nature nerveuse, comme le professe formellement l'auteur ? Le résultat de recherches récentes sur les nerfs des membranes séreuses donne à cette opinion une vraisemblance qu'on aurait pu lui refuser autrefois. Quoi qu'il en soit, c'est un fait à remarquer que la facilité avec laquelle la cause d'irritation la plus circonscrite devient parfois, dans les membranes séreuses, le point de départ d'une douleur générale, vive, aiguë, exaspérée par le moindre contact. C'est ce qu'on voit, par exemple, dans les articulations envahies par un tubercule ou quelque autre matière étrangère. Il y a là un fait général dont le péritoine présente peut-être la manifestation la plus ordinaire et la plus tranchée, mais qui paraît appartenir au système entier.

Quelques auteurs, le docteur Churchill en particulier, regardent comme constante la présence d'une tuméfaction diffuse ou d'une tumeur circonscrite à la partie inférieure de l'abdomen. M. J. Bell rapporte un cas où l'on n'a pu constater aucun gonflement, malgré un examen journalier des plus attentifs. Dans l'une de ses observations, la tumeur, située à l'hypogastre, douloureuse à la pression, et qu'il était facile de prendre pour un engorgement du tissu cellulaire, était constituée par la matrice. Le professeur Simpson (d'Edimbourg) avait déjà cité un cas de ce genre. Le toucher par le vagin ou l'anus peut mettre à l'abri d'une erreur.

On sait que les malades affectés d'inflammation phlegmoneuse du bassin se plaignent souvent de difficulté à uriner. L'existence d'une inflammation au voisinage de la vessie dont les parois peuvent avoir perdu momentanément de leur contractilité, les douleurs qui suspendent également la contraction des muscles abdominaux, rendent facilement compte de cette circonstance. Mais il est des cas, et M. Bell en cite un fort remarquable, où la rétention d'urine est complète et où le cathéter introduit dans la vessie la trouve vide. Il est probable que dans ces cas le gonflement du tissu cellulaire refoule et aplatit l'extrémité inférieure des uretères, de manière à intercepter le passage de l'urine dans la vessie.

Nous noterons enfin parmi les symptômes qui méritent de fixer l'attention, l'existence de douleurs aiguës dans les hanches, les genoux, et s'étendant le long des cuisses, comme dans la sciatique. Ces douleurs sont parfois accompagnées d'engourdisse-

ment. Quand elles existent, elles jettent une vive lumière sur le diagnostic ; car elles ramènent l'esprit, surtout si elles n'ont lieu que d'un côté, vers l'idée d'une lésion locale, dont les autres symptômes aident ensuite à reconnaître la nature et le siége précis. Rien de plus facile à comprendre que la liaison de la douleur avec un phlegmon du bassin ; le passage des nerfs au milieu des tissus enflammés en est sans doute la cause principale. Mais il faut y joindre très-probablement leur compression par le noyau phlegmoneux. C'est du moins ce qu'on peut induire de l'existence de douleurs semblables dans des cas où, en l'absence de tout foyer phlegmasique, la compression des nerfs du bassin reste seule pour en rendre compte. On voit quelquefois la sciatique si directement liée à l'amas de matières fécales, soit dans le cœcum, soit dans la partie inférieure des gros intestins, que l'usage de quelques purgatifs suffit pour la faire cesser.

Relativement à l'étiologie du phlegmon du bassin, et plus particulièrement à l'influence de la parturition, l'auteur a fait le relevé suivant : sur 45 cas d'inflammation phlegmoneuse où le nombre des grossesses a été noté, 25 ont eu lieu après le premier accouchement, 5 après le second, 3 après le troisième, 3 après le quatrième, 3 après le cinquième, 4 après le sixième, et 2 après le septième.

Nous ne relèverons plus, dans le reste du travail de M. Bell, qu'une circonstance, relative à la terminaison de la maladie. Il n'ose affirmer, d'après sa propre expérience, que le phlegmon iliaque se termine jamais par résolution. Ce mode de terminaison est en effet très-rare ; cependant il en existe des exemples bien constatés. Dance en a rapporté un cas, Marchall deux, M. Churchill et M. Grisolles chacun deux ; ce dernier qui, dans un travail *ex professo* inséré dans les *Archives de Médecine* (3e série, t. III, p. 137), a fait l'analyse de 73 cas, n'a trouvé que neuf fois la terminaison par résolution. C'est donc par suppuration que se termine presque toujours la maladie ; et cette circonstance tient sans doute à des conditions locales parmi lesquelles il faut surtout citer la laxité du tissu cellulaire du bassin, l'indépressibilité des parois, le voisinage des matières fécales et l'impossibilité d'attaquer directement le foyer d'inflammation.

---

30. *Paracentèse de la vessie par le rectum, pour une rétention d'urine ;* par M. Linoli.

(Il Raccoglitore medico.)

Un tableau synoptique complet des divers cas où la ponction

de la vessie a été mise en pratique, avec les résultats placés en regard de chaque procédé, serait un travail de la plus haute importance; et cependant ce travail manque encore à la science. C'est pour contribuer, autant qu'il est en nous, à le faciliter à ceux qui seraient désireux de l'entreprendre, que nous rassemblons dans nos colonnes toutes les observations de ce genre venues à notre connaissance. Dans celle qui suit, le succès a été trop prompt, trop simplement obtenu, pour qu'elle ne mérite pas d'être reproduite ici dans ses circonstances principales.

Obs. — Un jeune homme de 22 ans, sanguin, adonné aux plaisirs de l'amour et de la table, eut un écoulement urétral dont il ne se délivra qu'avec beaucoup de peine. Le 28 novembre 1845, il fut pris de difficulté d'uriner, qui bientôt se changea en impossibilité complète. Un bain, des sangsues au pubis et au périnée, une saignée, n'ayant amené nul soulagement, M. Linoli introduisit une sonde; mais il rencontra au col de la vessie un obstacle qu'il jugea nécessaire de forcer. Aussitôt il s'écoula du sang et du pus; l'urine sortit en même temps, mais contenant aussi du pus concret, qui en peu d'instants oblitéra le calibre de la sonde, ainsi que celui d'une seconde, puis d'une troisième, qu'on substitua à la première. Ni les injections, ni l'aspiration avec un piston, ne purent rétablir le cours de l'urine. Cependant, par l'effet du régime et des délayants, la santé revint peu à peu, et le malade put sortir au bout de six jours.

Vingt jours s'étaient écoulés, lorsque M. Linoli, rappelé auprès de lui, le trouva en proie au même accident. Après le bain et la saignée, il tenta derechef le cathétérisme, qui lui révéla la présence du même obstacle que la première fois. La saignée fut encore renouvelée, mais sans plus de succès. La nécessité de la ponction de la vessie ayant été décidée en consultation, on la pratiqua avec un trocart par le rectum. L'urine sortit en quantité, mais mêlée de flocons de pus concret, de fibrine condensée, qui nécessita plusieurs injections pour en nettoyer la vessie.

La canule avait été laissée en place; mais pendant la nuit suivante le malade ayant éprouvé un violent besoin d'uriner, et la canule se trouvant en ce moment bouchée par un grumeau de fibrine, l'effort qu'il fit pour l'expulser fit sortir l'instrument. M. Linoli essaya alors et réussit très-aisément à introduire par l'urètre une sonde de gomme élastique, sans sentir aucune résistance au col vésical. Il la laissa à demeure. Au quatrième jour, l'urine commença à couler par cette voie. L'urine étant en même temps redevenue pure, le chirurgien enleva la sonde le huitième jour. Il n'en passait alors pas une goutte par le rectum. Les

choses allèrent de mieux en mieux, et le malade, qui put alors quitter son lit le quatorzième jour, ne tarda pas à guérir complétement.

---

31. *Excision d'une portion du foie, faite chez un homme vivant;* communiquée par M. Macpherson.

(London medical Gazette.)

Monro a constaté que les lapins souffrent très-peu de l'ablation d'une portion du foie; d'un autre côté, on a souvent vu des malades vivre pendant plusieurs mois ayant perdu une notable partie de ce viscère par suite d'abcès, ou même le foie entier étant converti en un kyste. Enfin, Blanchard (*Anat. prat. rationnelle*, Amsterdam, 1688) et Dieffenbach, dans son journal, citent chacun un exemple de perte traumatique de la substance du foie, s'étant terminée heureusement. Malgré ces précédents favorables, on ne lira sans doute pas avec moins d'intérêt l'observation suivante, qui nous a paru être le plus décisif et le plus détaillé de tous les cas semblables.

Obs. — Un Hindou, âgé de 60 à 70 ans, reçut dans l'obscurité un coup de lance qui l'atteignit à 3 pouces au-dessus et à 2 pouces à droite de l'ombilic. Examiné douze heures après le moment de l'accident, on trouva une portion du foie faisant saillie au dehors, du volume et de la forme de quatre doigts placés les uns à côté des autres. La plaie des parois abdominales qui lui avait livré passage n'avait pas plus d'un pouce de longueur. Le blessé rapporta que le foie était sorti aussitôt que la lance eut été retirée. L'hémorrhagie avait été considérable; mais le viscère paraissait intact.

M. Henderson considérant qu'il serait impossible de faire rentrer le foie sans agrandir la plaie de plusieurs pouces, préféra exciser la portion herniée plutôt que d'en confier l'élimination à l'action de la gangrène. Il commença donc, pour prévenir l'hémorrhagie, par serrer fortement une ligature autour de la base de la partie faisant hernie, puis il la coupa. Malgré cette précaution, deux jets de sang artériel s'élancèrent de la surface de l'incision; il fallut lier à part ces vaisseaux, et enfin on traversa le moignon restant avec une double ligature dont chaque chef servit ensuite à lier séparément une de ses moitiés. Tout saignement cessa dès lors; on laissa dans la plaie la partie non coupée, car on n'aurait pu la refouler dans l'abdomen sans exposer le malade au danger d'un épanchement interne de sang ou de bile. L'opéré eut pendant deux jours un peu de fièvre et de la consti-

pation ; ces symptômes cédèrent à quelques légers purgatifs. Le neuvième jour, les ligatures tombèrent, emportant encore un peu du tissu hépatique. La plaie guérit par granulation, sans qu'on ait jamais vu pendant sa durée de bile sourdre de la surface hépatique à nu. Le malade retourna chez lui au bout de trois semaines ; revu environ deux mois après, il se portait parfaitement bien.

La partie du foie emportée pesait 38 grammes, après avoir perdu son sang et être restée dans l'alcool durant plusieurs semaines. On remarqua, pendant l'opération, que sa surface était extrêmement sensible au toucher, tandis que le blessé souffrit à peine au moment où l'on pratiqua l'excision.

---

32. *Anévrysme poplité traité par les courants électriques ;* par M. Ciniselli.

(Gazetta medica di Milano.)

Nous rencontrons avec plaisir, dans le compte rendu des travaux italiens, l'application d'une méthode toute française. C'est un beau succès, dont la principale part revient de droit à l'inventeur, M. Pétrequin, mais sur lequel M. Ciniselli peut bien aussi revendiquer quelques éloges, puisqu'il a mis en pratique ce mode de traitement dans un cas où M. Pétrequin lui-même avait d'abord en quelque façon douté de son efficacité suffisante.

Obs. — C. A., d'une constitution robuste et d'une haute stature, dit l'auteur, avait vécu exempt de maladies graves jusqu'à l'âge de 70 ans, lorsqu'en octobre 1845 il s'aperçut d'une tumeur pulsative dans le creux poplité droit. Les rapides progrès du mal rendirent bientôt la marche difficile et douloureuse, au point que, dans le mois de décembre, elle se bornait à quelques pas dans la chambre. En janvier 1846, il fut admis dans l'hôpital de Crémone. Je reconnus qu'il s'agissait d'un anévrysme poplité du volume d'un œuf d'oie : il occupait toute cette région, battait fortement en tous sens, et se flétrissait par la compression de l'artère fémorale. Le nerf poplité interne était étendu en dedans de la tumeur, entre elle et les tendons des muscles fléchisseurs. La pression qu'exerçait l'anévrysme sur la face postérieure du genou s'opposait à l'extension complète de la jambe. La capsule articulaire paraissait tuméfiée sur les côtés ; les pulsations se propageaient jusqu'à elle et à la rotule. Je ne pus constater les pulsations artérielles au-dessous de la tumeur, ni à la jambe, ni au pied ; mais on ne pouvait les sentir non plus sur le membre gauche, bien que l'artère poplitée y battît plus fortement que de cou-

tume ; les deux membres inférieurs étaient parsemés de varices et couverts d'un tégument aride, portant des traces d'anciens ulcères. De tout cela je jugeai qu'on s'exposerait à trop de dangers en opérant par la ligature de la crurale, et je voulus tenter la compression graduée de la tumeur en aidant son action de celle des astringents. Mais l'indocilité du malade me força à renoncer à ma tentative, à peine commencée.

Je venais de lire les recherches nouvelles de M. Pétrequin, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de Lyon, que la *Gazette médicale de Milan* (tom. IV, n° 52) avait extraites de ses *Mélanges de Chirurgie*, où l'on voit que l'auteur a fait l'expérience de provoquer la coagulation du sang, dans certains anévrysmes, à l'aide de l'électricité transmise au moyen d'aiguilles, et cela avec succès, dans un cas notamment d'anévrysme de l'artère temporale.

Bien que M. Pétrequin signale les difficultés d'application de sa méthode pour les grands anévrysmes, et que, dans ce cas, j'eusse aussi une confiance restreinte en ce nouveau moyen, je voulus cependant en faire l'essai, afin d'apprécier sa juste valeur, jugeant d'ailleurs que, lors même que je ne réussirais pas, j'aurais avec ce procédé le grand avantage de ne point aggraver la position du malade. Je m'y préparai le 22 janvier, ainsi qu'il suit :

Le malade fut couché sur le flanc droit et le compresseur placé au haut de la cuisse ; je fis pénétrer dans la tumeur, à 35 ou 40 millimètres, quatre aiguilles d'acier très-fines, d'une longueur de 56 millimètres. J'en disposai deux en dedans, sur une ligne verticale, à une distance de 22 millimètres, avec le soin d'éviter le tronc et les branches des deux saphènes, et je les piquai obliquement de haut en bas ; je fis pénétrer les deux autres en dehors, sur une ligne parallèle à la première et à égale distance entre elles, mais un peu plus bas et dans une direction opposée, de manière que dans la tumeur elles se croisaient sans se toucher. Cela fait, je serrai le compresseur sur la crurale, mais seulement assez pour empêcher les battements artériels sans flétrir la tumeur : je crois cette précaution nécessaire pour former un caillot plus volumineux et faciliter le succès de l'opération. J'approchai alors une pile à colonnes préparée à l'instant même, composée de 21 couples de lames carrées, en cuivre et zinc, de 93 millimètres de côté ; on employa pour conducteur humide la couche ordinaire d'étoffe, imbibée d'une solution saturée de sel commun. Au moyen de deux fils d'argent d'un demi-millimètre de diamètre, tenus avec les doigts nus, mais bien secs, le courant électrique fut bientôt mis en action à travers deux épingles ;

mais, comme il paraissait trop faible, après trois minutes on éleva à trente le nombre des couples, et l'action de l'électricité fut continuée ainsi pendant vingt-cinq minutes. Avec chacun des pôles on touchait une seule aiguille à la fois ; mais toutes les deux ou trois minutes on changeait le contact d'un ou des deux pôles, et chacune des aiguilles fut touchée successivement par les deux pôles, de manière que le courant fût dirigé en tous sens, dans le but d'obtenir dans la tumeur des filaments fibrineux qui interrompissent les mouvements de l'ondée sanguine et en favorisassent la coagulation. Chaque nouveau contact des pôles avec les épingles occasionnait d'abord de la cuisson dans la tumeur, puis des contractions dans les muscles du mollet et une sorte de secousse sous la plante des pieds. Aussi le malade fut-il très-agité, fit-il sans cesse remuer le compresseur et souvent reparaître les battements dans la tumeur, nous enlevant ainsi le peu d'espoir que nous avions dans la réussite. Pour remédier à cet accident fâcheux, je voulais prolonger l'application de l'électricité ; mais l'impatience de l'opéré ne me le permit pas. On enleva donc les aiguilles, qui opposèrent quelque résistance à cause de leur oxydation, et bien que le compresseur agît encore assez fortement pour empêcher toute pulsation dans la tumeur, on enveloppa celle-ci dans une vessie remplie de glace. Le malade, d'une indocilité extraordinaire, ne voulut plus conserver le compresseur, que j'aurais désiré laisser à demeure pour mieux assurer la coagulation du sang. La glace fut continuée pendant six heures, au bout desquelles l'anévrysme offrit des pulsations comme auparavant, et je crus que l'opération n'aurait aucun effet.

Le 23 au matin, les battements se maintenaient avec la même force ; je remarquai pourtant qu'en comprimant la crurale, la tumeur ne se flétrissait plus comme auparavant et qu'elle diminuait un peu de volume. A midi, vingt-quatre heures après la galvano-puncture, il n'y avait plus de battements ; l'opéré sortit même de son lit et fit quelques pas dans la chambre, mais en ressentant encore un léger engourdissement dans la jambe.

Les jours suivants, la tumeur diminua peu à peu de volume et devint plus dense ; les dépressions latérales du genou se dessinèrent, l'engourdissement disparut, l'extension de la jambe put être complète ; la marche devint libre, et il ne resta qu'un léger sentiment de pesanteur au pied, qu'on pouvait attribuer au tiraillement du nerf poplité interne.

Le 29 janvier, le sieur C., très-content de sa guérison inespérée, ne put plus être retenu à l'hôpital.

— L'importance de ce fait n'a pas besoin de commentaires ; on

doit désirer que la galvano-puncture soit expérimentée dans la cure des anévrysmes avant de recourir à aucun autre moyen, car nous n'en connaissons aucun qui réunisse d'aussi grands avantages. Les observations multipliées en feront mieux encore apprécier la valeur.

Si l'on considère qu'ici la tumeur redevint plusieurs fois pulsative pendant l'opération, on a lieu d'espérer que la nouvelle méthode de M. Pétrequin pourra réussir même dans quelques cas où la position de l'anévrysme ne permet pas d'y arrêter le cours du sang. Et si la coagulation s'opère parfois spontanément dans ces foyers anévrysmatiques, pourquoi ne pourrions-nous pas espérer la produire sous l'influence d'un agent qui s'est déjà montré si efficace à cet effet? Dans le cas précité, le coagulum a été commencé sans doute pendant l'application de l'électricité ; mais il est évident qu'il ne s'est complété que plus tard, et cela malgré les secousses que le sang éprouvait dans le sac : il appartient à l'expérience d'établir si la coagulation peut commencer sous l'influence de l'électricité, sans que le liquide sanguin soit rendu stagnant par la compression du vaisseau affecté.

Une lettre de M. Ciniselli, adressée à la *Gazetta medica di Milano*, en date du 11 mars 1846, fait connaître que le 28 février la tumeur anévrysmale était réduite au volume d'un œuf de poule, qu'elle devenait de plus en plus dure, et que les inconvénients occasionnés par le tiraillement qu'elle exerçait sur le poplité interne allaient en diminuant.

A la suite d'une observation aussi bien faite pour montrer tout l'avenir de la nouvelle méthode, on lira sans doute avec intérêt les récentes modifications que M. Pétrequin a été conduit, par des recherches cliniques, à apporter au manuel opératoire. On avait signalé comme accident possible la gangrène de la peau par le fait de l'action galvanique. Pour conjurer jusqu'à la possibilité la plus éloignée de ce danger, M. Pétrequin a réussi à isoler avec une couche de vernis à la gomme laque la portion des aiguilles qui correspond à l'épaisseur des tissus que celles-ci ont à traverser. Pour prouver que l'isolement ainsi obtenu est parfait, il a fait l'expérience suivante, qui nous semble effectivement un *critérium* infaillible : l'action vive qui se manifeste quand on applique les pôles sur la tête ou une partie libre des aiguilles, cesse d'avoir lieu dès qu'on les place sur les points recouverts de la couche de vernis, et recommence aussitôt que les deux instruments communiquent à sec.

Il faut des précautions spéciales pour réussir à opérer la coagulation sanguine dans la tumeur. Ainsi, il convient d'implanter

les aiguilles sur des points opposés, afin qu'elles se correspondent mieux ; de les placer dans une direction oblique ou perpendiculaire à celle du sang, pour opposer une barrière à son cours ; de les croiser pour rendre leur influence plus active, et de les multiplier dans les anévrysmes volumineux, pour obtenir d'emblée un certain nombre de caillots qui offrent une charpente suffisante pour le coagulum commun : il est encore avantageux de changer plusieurs fois la direction des courants, afin de faire agir le fluide galvanique dans tous les sens, de manière à produire une multitude de filaments étendus comme la trame d'un filet au milieu de la masse sanguine, etc. Dans les cas difficiles, il faut continuer plus longtemps l'action du galvanisme pour mieux assurer la réussite, et même répéter parfois coup sur coup les séances d'électro-puncture, surtout quand les pulsations reparaissent pendant ou après l'application de cet agent, quand la tumeur ne peut être comprimée, quand le sang y paraît peu coagulable, etc.

Toutes ces règles sont le fruit de l'expérimentation clinique ; nous n'avons donc pas besoin d'en recommander la méditation aux chirurgiens qui voudraient essayer par eux-mêmes une méthode aussi innocente qu'efficace. C'est par la même voie que M. Pétrequin s'est trouvé amené à proposer aussi la galvano-puncture contre les tumeurs variqueuses, les *nævi materni* et autres tumeurs érectiles, les fongus vasculaires, etc. En agrandissant le champ de la méthode, ces applications nouvelles en démontrent toute l'importance, en même temps qu'elles multiplieront pour les praticiens les occasions de constater sa valeur thérapeutique.

---

33. *Ligature de l'artère tibiale postérieure pour une plaie;* par M. Ch. Hall.

(London medical Gazette.)

Obs. — En avril 1841, M. Hall fut appelé en toute hâte par M. Parkinson pour voir M. N., homme âgé de plus de 60 ans, qui venait de tomber de cheval. Il arriva auprès de lui moins d'une demi-heure après l'accident, et trouva les vêtements du blessé pleins de sang ; il avait le pouls fébrile, était froid et pâle. En le déshabillant, on reconnut une plaie d'un pouce de longueur, située à la jonction du tiers supérieur avec le tiers moyen de la jambe, et de laquelle s'échappait le sang. Un tourniquet, appliqué sur la fémorale, ne fit que diminuer l'hémorrhagie. Le parti d'opérer ayant été aussitôt pris, on introduisit dans la plaie un

long bistouri à lame étroite, avec lequel les muscles furent soigneusement divisés au-dessus et au-dessous du siége de la lésion jusqu'au fascia profond, qu'on mit clairement à découvert et auquel on fit une petite ouverture qu'on élargit ensuite. Il fallut enlever beaucoup de sang coagulé avant de découvrir l'artère ; mais on l'aperçut enfin : on la lia au-dessous de la blessure, et on la coupa entre les deux ligatures. La plaie fut réunie ; on appliqua un bandage depuis les orteils jusqu'en haut de la cuisse. Cette précaution soulagea beaucoup le malade et calma le spasme musculaire, qui avait été très - fatigant pendant et immédiatement après l'opération. On donna l'opium à larges doses ; aucun symptôme digne d'être mentionné ne survint. Les ligatures tombèrent le douzième jour.

J'ai vu, ajoute l'auteur, mon ancien opéré il y a peu de jours encore : il était à cheval, et me dit qu'on n'aurait pu à présent distinguer le membre autrefois malade d'avec l'autre. Il vaquait librement à toutes ses occupations.

— Les remarques que nous avons faites tout récemment à l'occasion d'un cas publié par M. Arnott, nous dispensent d'apprécier de nouveau la conduite qui a été tenue ici ; car les deux observations présentent de telles analogies par les circonstances de la blessure, le mode de traitement et le résultat final, que les mêmes réflexions seraient identiquement applicables à l'une et à l'autre. Si nous avons cru devoir rapporter celle-ci avec quelques détails, ç'a été seulement afin de mieux appuyer le principe thérapeutique que nous croyons le meilleur, en multipliant les exemples de succès dus à son application.

---

34. *Cas d'amputation de la cuisse dans l'articulation coxo-fémorale, suivi de guérison ;* par M. Williams Sands Cox.

(London medical Gazette.)

Obs. — Une lingère, actuellement âgée de 23 ans, vint une première fois, le 20 juillet 1842, à l'hôpital de la Reine ; elle raconta alors qu'elle avait subi, quatorze ans auparavant, à l'hôpital, l'amputation de la cuisse à sa partie inférieure pour une maladie du genou. Le moignon n'était pas entièrement cicatrisé lorsqu'elle en sortit. Un mois après (et trois mois après l'opération), les téguments s'ulcérèrent autour de la cicatrice, et il se développa à la partie postérieure du moignon un fongus extrêmement douloureux. Peu à peu, dans l'espace de six ans, la peau devint dure et épaisse, le fongus s'étendit à toute la cicatrice ; la malade y éprouvait une sensation de piqûres d'épingles. Elle

essaya beaucoup de traitements locaux et généraux, mais sans en retirer presque aucun bénéfice.

Rentrée à l'hôpital le 1er juillet 1844, le moignon présente l'état suivant : dans l'étendue de 3 pouces 1/2 sur la face antérieure, les téguments sont blancs et d'une dureté cartilagineuse ; plus haut, ils présentent dans un petit espace l'aspect d'une ancienne cicatrice. Des tumeurs fongueuses, de couleur livide, font une saillie de 4 à 6 lignes çà et là sur toute la surface ; ces excroissances, extrêmement tendres, saignent au moindre contact. Les téguments de la partie supérieure du moignon sont dans un état parfaitement normal, ainsi que les veines sous-cutanées et les ganglions lymphatiques de l'aine. Le moignon en général est sensible au toucher ; la malade y sent parfois une véritable douleur, et, le reste du temps, des battements. Sa constitution très-bonne la dispose à l'embonpoint.

Comme des remèdes de toute sorte avaient été derechef essayés sans succès, la désarticulation coxo-fémorale parut être indiquée. On y procéda le 1er novembre 1844, en comprimant l'iliaque externe sur le pubis au moyen de l'instrument inventé par Signoroni. On tailla d'abord un lambeau antérieur par ponction en enfonçant le couteau à 1 pouce au-dessous de l'épine iliaque antéro-supérieure, et le faisant sortir 1 pouce au-dessus de la marge de l'anus. L'articulation fut ensuite ouverte, le fémur luxé, le ligament rond coupé, et l'on termina en taillant un lambeau supérieur. (L'existence d'un fongus à 3 pouces de l'anus, sur le côté interne et postérieur du moignon, empêcha de songer à l'amputation à lambeaux latéraux.)

Le compresseur suspendant toute hémorrhagie dans le lambeau antérieur, on s'occupa de lier trois artères à la partie postérieure ; puis on étreignit à leur tour les fémorales superficielle et profonde. L'opération avait duré trente-cinq secondes. L'hémostase demanda cinq minutes ; il n'y eut pas plus de 125 gram. de sang perdu. Des bandelettes et un point de suture maintinrent les deux lambeaux en contact. Le bandage contentif fut fixé à une ceinture qui entourait le tronc.

La malade supporta bien l'opération ainsi que le pansement ; elle souffrit plus tard, dans le moignon et l'abdomen, de douleurs que l'auteur considère comme étant anciennes et de nature hystérique. Le lambeau postérieur portait une petite masse fongueuse qu'on détruisit complétement, au moyen du caustique, pendant la cicatrisation de la plaie. — La malade fut tenue à part dans une chambre spacieuse, et on eut soin d'y établir une chaleur toujours égale ; on ne lui permit que peu de nourriture, de

vin et de bière. Elle sortit de l'hôpital le 5 février 1845, le moignon étant entièrement cicatrisé. Revue le 12 août de la même année, elle continuait à se bien porter.

On constata par l'examen microscopique que la tumeur était de mauvaise nature (*malignant*).

— Les faits du genre de celui-ci ont habituellement le privilége de captiver l'attention au point que le lecteur passe ordinairement, et parfois presque à son insu, du sentiment d'étonnement à celui d'une approbation sans réserve. Il importe cependant de prendre ici en considération les motifs qui eussent pu, ce nous semble, sinon contre-indiquer toute opération, du moins éloigner de la désarticulation du membre entier. D'abord l'articulation n'était point altérée : premier motif qui eût dû engager à tenter si l'amputation dans la continuité, pratiquée très-haut, ne pouvait suffire. A la vérité, la lésion des téguments remontait dans une grande étendue ; mais néanmoins « les téguments de la partie supérieure du moignon (c'est le texte lui-même qui l'exprime) étaient dans un état parfaitement normal. » Eût-on même dû pour cela conserver quelques-unes des fongosités, ce n'eût pas encore été une objection invincible ; quelques applications auraient suffi pour les détruire, comme par le fait elles ont suffi, entre les mains de l'auteur, à enlever le fongus qui restait.

Enfin, même en approuvant entièrement le parti adopté par M. Cox, deux circonstances contribueraient encore à diminuer, à nos yeux, la valeur du succès qu'il a obtenu. Il est évident, en effet, que l'état sain des parties profondes des os et de l'articulation, que la bonne santé antérieure et actuelle de l'opérée, ont dû puissamment concourir à sa guérison. D'un autre côté, la soustraction soudaine d'une grande partie du corps étant, dans l'amputation coxo-fémorale, une des causes les plus influentes de mort, on ne saurait disconvenir que l'action de cette cause n'ait été ici singulièrement atténuée par le fait de l'amputation subie seize ans auparavant, précédent grâce auquel la malade, au lieu de sacrifier, dans la dernière opération, presque un cinquième de son poids total, n'a perdu qu'un court moignon, et un moignon sans doute atrophié par un aussi long défaut d'exercice.

---

35. *Guérison d'un éléphantiasis scrotal à l'aide d'une opération.*

(Annali univ. di Medicina.)

On sait que l'éléphantiasis des Arabes est une des maladies

les plus difficiles à traiter et contre lesquelles les moyens les plus variés échouent en général. Dans la forme de cette affection qui attaque les parties génitales, on s'est quelquefois cru autorisé à employer des opérations qui en général, sauf quelques cas cités par M. Velpeau, n'ont pas été suivies de succès, et ont plus ou moins compromis l'existence des malades. Nous pouvons donc rapporter aujourd'hui les faits dont le docteur Mollica a rendu compte au congrès de Naples comme une heureuse exception. Il s'agit d'un éléphantiasis scrotal considérable, qu'il est parvenu à guérir au moyen de profondes incisions, renouvelées à intervalles convenables, en aidant leur effet par des bains aromatiques et irritants, de manière à chercher à rendre à la peau coriace, qui ne laissait guère d'espoir de guérison, sa structure et sa forme physiologique; ce qu'il obtint en un peu plus de deux mois: comme médication interne, il employa l'arsenic à doses réfractées. Il engage les chirurgiens, en des cas semblables, à ne pas abandonner, comme on le fait, les malades à leur triste sort, et à répéter ses utiles tentatives.

36. *Preuves de la structure vasculaire de l'iris, controversée jusqu'ici;* par M. Gaddi.

(Il Raccoglitore medico.)

Dans ses premières dissections, M. Gaddi avait cru trouver des arguments démonstratifs en faveur de la structure musculaire de l'iris. Mais bientôt il s'aperçut que les radiations rayonnantes et la zone circulaire autour de la pupille, qu'il avait prises pour des fibres contractiles, appartiennent réellement à l'urée, puisqu'on les voit disparaître, quand on a enlevé cette membrane, par l'action de l'eau. La structure vasculaire de l'iris devint donc pour lui un fait incontestable; et poursuivant ses recherches, voici les conclusions générales auxquelles il est arrivé sur sa texture.

L'iris, par sa texture vasculaire, et par ses mouvements, doit être compté au nombre des tissus érectiles, différant néanmoins de ceux-ci en ce qu'il n'a pas, comme la plupart des organes formés de ce tissu, de membrane fibreuse d'enveloppe; il n'a pas non plus une couleur d'un rouge vif. Ses vaisseaux ne sont pas disposés en réseau inextricable, leurs extrémités ne s'élargissent pas en entonnoir, et ils n'ont point de lacunes; ils ne communiquent pas entre eux par des renflements; l'injection, à moins qu'elle ne soit à base d'huile, ne passe pas des artères dans les veines; l'injection est tout aussi difficile à pousser dans les veines

que dans les artères. En outre, les organes composés de tissu érectile proprement dit sont sujets, dans leur évolution, à des phases liées, soit à l'âge, soit surtout aux fonctions de reproduction, tandis qu'au contraire l'iris entre en activité dès la naissance et continue ses fonctions sans interruption jusqu'à la mort. Par toutes ces considérations, on voit que l'iris, bien que de nature vasculaire, n'en mérite pas moins de former une catégorie distincte d'avec les organes érectiles.

---

37. *Plaie de la cornée par une esquille de bois; iritis consécutive et procidence partielle de l'iris;* par M. le docteur Bazzoni.

(Gazetta medica di Milano.)

Le titre de cette observation n'indique que l'une des particularités qui nous ont semblé la rendre digne d'attention. Le lecteur fera donc bien, s'il veut en tirer tout le parti possible, d'en suivre le récit jusqu'au bout.

Obs. — Un paysan, âgé de 40 ans, étant occupé à couper du bois, s'en fit sauter un morceau dans l'œil droit; il assure qu'on le retira tout entier. Le médecin qui le vit alors constata à la cornée une petite plaie irrégulière. Les symptômes d'iritis allèrent en se développant, et la procidence s'établit. Contre cet état, on employa les saignées, les ventouses scarifiées, le calomel à l'intérieur, les frictions mercurielles et belladonées, le laudanum, etc. Enfin, ne trouvant pas d'amélioration, il vint, le 20 avril, un mois après l'accident, consulter M. Bazzoni, qui observa les phénomènes suivants :

Photophobie et larmoiement continuels. Outre l'ophthalmie externe, on distingue, au centre de la cornée, une petite tumeur opaque et pointue. Perte de la vue, sensation incessante d'une douleur semblable à celle que produirait la présence d'une aiguille implantée dans l'œil. L'iris est un peu tiré vers le côté droit; la chambre antérieure paraît très-petite; une petite portion de l'iris est engagée dans la tumeur de la cornée. Ptyalisme causé par les mercuriaux. (Large vésicatoire à la nuque, onctions sur le sourcil et le pourtour des paupières avec l'extrait de belladone.)

Le 21, l'iris est revenu dans sa position naturelle.

Le 22, diminution des symptômes. Le malade priant M. Bazzoni de le débarrasser de ce sentiment continuel de piqûre qui le fatiguait par-dessus tout, le chirurgien se décida à enlever la petite tumeur de la cornée. Mais comme il commençait à y porter l'instrument, il reconnut, à la résistance offerte et à un bruit

particulier, qu'il existait au centre de la tumeur un petit corps étranger très-dur; et, après l'avoir extrait avec la pince, il le reconnut pour une parcelle de fer très-aiguë et rouillée. Le malade dit aussitôt qu'il n'éprouvait plus cette piqûre, qui ne lui avait pas laissé un seul instant de relâche depuis le jour de l'accident, et il se déclara guéri. On ne retrouva plus ombre de la tumeur. Au bout de deux jours, la guérison était complète.

Probablement l'esquille de bois avait été suivie par une parcelle de fer détachée au même moment de l'instrument qui servait à couper l'arbre, et elle avait pénétré dans l'œil, où sa ténuité la retint malgré l'extraction faite instantanément du morceau de bois.

---

38. *Proposition d'un moyen pour rendre plus utiles certaines pupilles artificielles;* par M. Trinchinetti.

(Gazetta medica di Milano.)

La donnée théorique qui a conduit l'auteur à la découverte du moyen qu'il propose est aussi simple que rationnelle. Lorsqu'on a été forcé par le siége de la maladie de pratiquer la pupille artificielle vers la circonférence externe de l'iris, les rayons lumineux qui peuvent pénétrer par cette ouverture traversent la cornée dans le point où elle est le moins convexe, et la chambre antérieure là où elle est le plus étroite. D'autre part, ce faisceau lumineux traverse la lentille cristalline dans sa partie périphérique, où sa faculté réfringente est beaucoup moindre que dans le centre. De ces deux circonstances, qu'on n'a généralement pas jusqu'ici prises assez en considération, il résulte évidemment que la vue est troublée, et il en résulte aussi qu'on peut espérer d'y remédier en adaptant à l'œil opéré une lentille convexe, afin que la force de réfraction puisse compenser celle qui manque de la part de la cornée et du cristallin.

Ces idées ont déjà été soumises à la vérification de l'expérience. M. Trinchinetti ayant opéré un jeune homme par iridectodyalise, la faculté visuelle était revenue quinze jours après l'opération, de manière que le malade pût distinguer presque tous les objets qu'on lui mettait sous les yeux. « Ce fut alors, dit l'auteur, que je voulus mettre en pratique le moyen sus-énoncé : dès que j'eus placé au devant de l'œil opéré une lentille convexe, j'eus la satisfaction de voir apparaître sur le visage de l'individu un sourire involontaire, où, avant même qu'il eût parlé, je pus reconnaître l'amélioration instantanée survenue dans sa vue. A l'entendre, à partir de ce moment, et comme si un léger nuage se

fût dissipé sous ses yeux, il voyait tous les objets avec des contours plus précis, et parvint à lire les gros caractères d'un livre, ce qu'il avait auparavant essayé en vain. Cependant je ne voulus pas lui permettre de continuer dès à présent à user de ce moyen, sachant que chez les opérés de pupille artificielle la vue s'améliore progressivement, pendant quelques mois, par le seul effet de l'exercice; et ce ne sera que lorsque cette influence favorable aura cessé d'exercer son action naturelle que je lui laisserai reprendre l'habitude de la lentille convexe. Celle dont il se servit avec le plus de succès était un n° 4; mais j'espère que, à l'époque dont je parle, un verre de force moindre pourra lui suffire. »

NOTICE BIBLIOGRAPHIQUE.

39. *Quelques considérations pour servir à l'histoire de l'arthrite blennorrhagique;* par le docteur FOUCART. — Brochure in-8°.

(Gazette médicale de Paris, N° 24, 1846.)

« Existe-t-il une arthrite blennorrhagique? En d'autres termes, doit-on admettre un rapport de cause à effet entre l'inflammation articulaire qui survient quelquefois chez des sujets affectés de blennorrhagie et l'écoulement blennorrhagique lui-même? » C'est ainsi que l'auteur définit le problème dont il se propose la solution. Cette question offre plus de difficultés qu'elle ne le paraît d'abord, et réclame une étude approfondie. S'il existe une arthrite blennorrhagique proprement dite, il implique que cette espèce soit semblable, par ses symptômes et par son traitement, aux autres espèces : inflammatoire, tuberculeuse, goutteuse, etc. Elle doit au contraire s'en distinguer par un certain nombre de caractères propres qui en établissent la spécificité. Rechercher expérimentalement ces caractères, dans les conditions d'âge, de sexe, de tempérament, etc., dans la symptomatologie, dans la thérapeutique; les rapprocher successivement des caractères propres à chacune des autres espèces d'arthralgies; montrer en quoi ils s'en distinguent, et arriver ainsi à la constitution d'une espèce bien déterminée; tel est donc le plan que doit se proposer un auteur qui veut mettre en lumière l'existence de l'arthrite blennorrhagique. C'est là une des applications les plus simples de la médecine étiologique.

M. Foucart n'a pas absolument méconnu ces principes; mais peut-être ne les a-t-il pas appliqués avec assez de rigueur et de

conséquence. Son appareil de démonstration consiste, en grande partie, à rassembler les faits connus d'arthrite survenue pendant le cours d'une blennorrhagie, en y ajoutant deux observations qui lui sont propres, puis à extraire de cet ensemble de faits une histoire de l'arthrite blennorrhagique. Par exemple, sur les dix-neuf cas jusqu'ici publiés, l'affection arthritique a eu lieu tant de fois chez la femme et tant de fois chez l'homme ; tant de fois elle a occupé le genou droit, tant de fois le genou gauche, ou l'épaule, ou le pied; tantôt elle est très-douloureuse, et tantôt elle ne l'est presque pas, etc., etc. Mais nous ferons observer que c'est là précisément accepter ce qui est en discussion. Que l'arthrite puisse survenir et survienne assez fréquemment pendant le cours d'une blennorrhagie, c'est ce qui est connu depuis longtemps, et l'auteur lui-même en a trouvé une indication précise dans la dissertation de Guillaume Musgrave, *De arthritide symptomatica*, imprimée à Genève en 1723, à la suite des *OEuvres de Sydenham*. Qu'une vingtaine d'observations de ce genre fournissent, par l'analyse et la méthode numérique, un tableau symptomatologique tel que celui dont nous venons de donner un spécimen, c'est un résultat tout simple, et qui, au point de vue purement historique où l'auteur s'est tenu trop souvent, n'a aucune signification ; car, prenez vingt cas d'arthrite ordinaire, nés sous quelque influence que ce soit, et nécessairement l'affection aura occupé plus souvent telle articulation que telle autre ; elle aura été très-douloureuse chez celui-ci et peu douloureuse chez celui-là, etc. Rien de tout cela ne répond à la question en litige : Y a-t-il simple coïncidence ou rapport de causalité entre la blennorrhagie et l'arthrite qui l'accompagne quelquefois ? Pour nous expliquer en un mot, ce qui manque, suivant nous, dans le travail de M. Foucart, c'est la considération du point de vue *spécifique*. Nous craignons que la négligence de ce point de vue n'ait rétréci de beaucoup la portée des résultats auxquels il est arrivé. On en peut juger par les extraits suivants.

« L'arthrite blennorrhagique a occupé, sur 19 cas :

8 fois un seul genou.
2 fois les deux genoux simultanément.
1 fois un genou et l'articulation tibio-tarsienne.
1 fois un genou et l'articulation huméro-cubitale.
2 fois une articulation tibio-tarsienne seule.
2 fois les articulations des jambes (probablement celles des genoux et du cou-de-pied).
2 fois les articulations des membres supérieurs (épaule et coude).
1 fois il y eut rhumatisme général.

« L'arthrite blennorrhagique est accompagnée, dans la grande

majorité des cas (neuf dixièmes environ), de douleurs plus ou moins vives, souvent intenses..... Dans un nombre moins considérable de cas, il y a rougeur de la peau qui recouvre la région de l'articulation malade; dans cette circonstance, le rhumatisme blennorrhagique présente *presque tous les symptômes du rhumatisme articulaire aigu normal*..... Malgré leur acuité et leur intensité plus grandes, ce sont les cas les plus favorables et ceux dans lesquels un traitement énergique enlève ordinairement en peu de temps l'affection inflammatoire..... Dans la période d'acuité, le traitement doit être essentiellement antiphlogistique et d'une énergie proportionnée à l'intensité de la maladie et à la constitution du sujet..... Lorsqu'elle est dans la période subaiguë ou chronique, le traitement doit être révulsif d'abord, puis résolutif..... »

Or, nous le demandons, ces données de l'observation, quelque exactes qu'elles soient, suffisent-elles pour établir la spécificité de l'arthrite qu'accompagne la blennorrhagie et le rapport étiologique de l'une à l'autre ? Non, sans doute. Tant qu'on ne dira pas si et en quoi ces données diffèrent de celles qu'aurait fournies l'analyse d'un certain nombre d'arthrites survenues dans d'autres conditions, on n'aura fait que mettre en lumière la coexistence plus ou moins fréquente des deux affections, et ce n'est pas là le vrai sens, le sens philosophique de la question.

Cependant, comme nous le disions en commençant, plusieurs endroits de la brochure attestent que l'auteur a plus d'une fois obéi à la pensée que nous éprouvons le regret de ne pas voir inspirer d'un bout à l'autre et dominer ses intéressantes recherches. Ainsi, page 44 : « Lorsque l'arthrite blennorrhagique débute d'une manière lente, subaiguë et chronique, sans douleur, sans changement de couleur à la peau, sans autres symptômes enfin que ceux d'un épanchement séreux articulaire et sans réaction inflammatoire, tout comme dans les cas où, présentant au début les signes d'une inflammation aiguë violente, elle n'a pu être enlevée dans les premiers jours, *cette variété de l'arthrite est beaucoup plus tenace et plus opiniâtre que l'arthrite rhumatismale simple.* » Et encore, même page : « Si l'arthrite blennorrhagique se termine assez fréquemment par résolution, elle amène aussi quelquefois, *et cela plus souvent que l'arthrite rhumatismale simple*, la terminaison par ankylose et par suppuration. » Mais ces indications clair-semées ne rachètent qu'incomplétement le défaut d'une application explicite, rigoureuse, de la spécificité du principe.

Le besoin de cette application est d'autant plus urgent, que certains caractères, admis d'abord par quelques observateurs et de nature à constituer à eux seuls l'*espèce*, se sont évanouis devant une observation plus étendue ou plus attentive. Ainsi on croyait autrefois que la suppression ou la diminution brusque de l'écoulement urétral était la condition nécessaire du développement de l'arthrite ; de là l'idée toute naturelle d'une métastase, équivalant au fond à celle d'une affection spécifique. Mais depuis Hunter, on sait que très-souvent le flux blennorrhagique n'est modifié en aucune manière par le développement de l'affection arthritique, ou ne diminue qu'après l'apparition de cette dernière, phénomène plus explicable par la révulsion que par la métastase. On a cité également des cas d'arthrite guérie sans autre traitement que l'emploi du copahu et du cubèbe à l'intérieur, et un semblable résultat serait un témoignage puissant en faveur de la nature blennorrhagique de la maladie. Mais il n'est pas encore fondé sur des observations assez nombreuses, et M. Foucart lui-même, après une étude consciencieuse des faits, proclame comme la médication la *plus logique*, la *plus rationnelle* et la plus efficace, « celle qui s'attache à combattre les accidents inflammatoires du côté de l'articulation... en même temps qu'on devra diriger contre l'écoulement blennorrhagique les moyens curatifs les plus convenables pour s'en rendre maître. »

L'opinion qui admet une arthrite blennorrhagique telle qu'on doit l'entendre ne repose donc jusqu'ici que sur le fait de la coexistence assez fréquente de l'affection articulaire et de l'écoulement urétral. Ce fait, nous ne le dissimulons pas, a par lui-même une grande valeur ; mais, pour en déterminer la vraie signification, il faudrait savoir au juste si la blennorrhagie joue, dans la production des arthralgies, un autre rôle que certaines autres affections inflammatoires. Il n'est pas rare, par exemple, de voir les articulations se prendre pendant le cours d'une pneumonie ou d'une affection intestinale. Or, s'il arrivait que la blennorrhagie ne s'accompagnât pas d'arthralgie plus fréquemment ni autrement que ces deux maladies, il y aurait lieu simplement à la ranger parmi les états inflammatoires dont l'arthrite peut devenir une complication, sauf à déterminer la nature de leur rapport avec la lésion articulaire ; mais il n'y aurait pas plus de raison pour admettre une arthrite blennorrhagique que pour admettre une arthrite pneumonique, entérique ; et cette vue emprunte une importance particulière de ce fait bien constaté, que l'arthrite accompagne quelquefois les écoulements urétraux causés par le cathétérisme. Que si, au contraire, l'on parvenait à

établir, soit par la fréquence insolite de la complication arthralgique, soit par l'époque de la blennorrhagie à laquelle se montre la complication, une relation tout à fait spéciale entre les deux maladies, ce serait déjà une forte présomption en faveur de la spécificité de l'arthrite. Jusqu'ici aucun travail de ce genre n'a été entrepris, que nous sachions.

En résumé, le fond même de la question, malgré les nombreux et utiles travaux dont il a été l'objet, particulièrement de la part de l'auteur, ne nous paraît pas reposer encore sur des données assez larges et assez rigoureuses. Contestons-nous pour cela l'existence de l'arthrite blennorrhagique ? en aucune manière. Bien plus : l'ensemble des documents recueillis, les faits publiés, ceux que nous avons observés nous-mêmes, nous disposent fortement à l'admettre à titre d'espèce particulière. Ce que nous contestons seulement, c'est que cette opinion soit entourée, à l'heure qu'il est, de toutes les garanties d'une véritable démonstration scientifique.

Toutes les considérations sur lesquelles nous avons dû nous étendre, parce qu'elles s'attaquent au cœur du sujet, ne nous empêchent pas de reconnaître le mérite de la publication que nous avons sous les yeux. C'est, malgré sa brièveté, le tableau le plus exact et le plus complet de l'arthrite dite blennorrhagique que nous connaissions. Le soin qu'a pris l'auteur de réunir et de comparer toutes les observations publiées, lui a permis d'établir l'histoire de la maladie sur des données plus étendues et plus certaines. Nous avons cité plus haut le résultat de ses recherches quant au siége de l'affection articulaire. Swediaur était tellement persuadé qu'elle s'attaquait principalement au genou, qu'il lui avait imposé le nom de *gonocèle*. Sur les 19 cas rassemblés par M. Foucart, les genoux n'ont été affectés seuls que dix fois ; dans 4 autres cas, ils l'étaient concurremment avec une autre articulation, soit de la jambe, soit du bras. Restaient donc 5 cas où les genoux sont restés intacts. Nous avons récemment donné nos soins à un jeune homme qui, vers le sixième jour d'une blennorrhée intense, fut pris d'arthralgie subaiguë qui, d'abord limitée à l'articulation métatarso-phalangienne du gros orteil droit, s'étendit successivement aux deux épaules, aux deux hanches (principalement à la gauche), au genou gauche. Dans les derniers temps, il se forma, à la partie externe de la face dorsale du pied droit, une tuméfaction diffuse, pâteuse, paraissant bornée au tissu cellulaire sous-cutané, avec coloration rosée de la peau. Cet empâtement assez douloureux ne céda qu'au bout de huit jours sous l'influence des lotions camphrées.

C'est donc un fait de *rhumatisme général* à ajouter à celui de Hunter. On peut voir aussi qu'il est de nature à modifier en plusieurs points la liste rapportée plus haut des localisations de l'affection articulaire.

Swediaur avait également affirmé que l'arthrite blennorrhagique ne s'accompagnait pas de rougeur de la peau. Or, l'analyse des faits montre, selon M. Foucart, que la rougeur existe dans la moitié des cas. Ce résultat, en apparence fort minime, peut être de quelque utilité dans le diagnostic, en ne laissant pas le praticien s'égarer, sur la foi de la rougeur cutanée, à la recherche d'une origine autre que l'existence d'une blennorrhagie, surtout dans les cas assez fréquents où l'origine réelle est dissimulée par les malades.

Enfin, l'auteur démontre le peu de fondement de cette opinion généralement répandue, que l'arthrite blennorrhagique suppure très-rarement. Les 19 observations rassemblées par lui en offrent deux cas incontestables ; c'est une proportion supérieure à celle que donne le rhumatisme articulaire aigu.

On pourrait ainsi relever, dans la brochure de M. Foucart, un grand nombre de remarques propres à compléter ou rectifier l'histoire de la maladie qui a fait le sujet de ses consciencieuses études. Nous y renvoyons le lecteur. Il y trouvera aussi quelques considérations sur une affection qui est principalement l'inverse de la précédente : nous voulons parler de la blennorrhagie rhumatismale et goutteuse.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Report of cases in the Boston orthopedic institution of Hospital for the cure of deformities of the human frame, with some preliminary on spinal curvature, distorsions of the chest, and spinal irritation; by John B. Brown, D. M.— In-8° de 35 pages.— Boston, 1845.

Ce rapport est précédé de considérations sur l'irritation spinale, sur le mécanisme des déviations de l'épine. Les faits intéressants qu'il renferme sont relatifs aux déviations de l'épine dorsale, aux différentes variétés du pied-bot, au torticolis, aux flexions permanentes de la jambe, et à quelques autres variétés plus rares de difformités par rétraction musculaire.

L'auteur, grand partisan de la ténotomie et de l'orthopédie en général, a adopté dans toute sa généralité la théorie de la rétraction musculaire, ainsi que la plupart des applications de cette doctrine. Les résultats qu'il fait connaître ont été constatés par les chirurgiens les

plus distingués de Boston, tels que MM. Warren, Hywards, Adams, Perry, etc.

— Archives d'Anatomie générale et de Physiologie; publiées par le docteur Mandl. — Une livraison par mois. Prix de l'abonnement : 8 fr. par an. — Paris, chez Labé.

Cette nouvelle publication se recommande à tous les hommes qui s'occupent spécialement de recherches anatomiques et physiologiques. Elle est un complément nécessaire de ceux des journaux de médecine ordinaires qui ne peuvent, à cause de l'exiguïté de leur format, accorder aux questions purement scientifiques l'importance et le développement qu'elles réclament. Le nom du directeur des *Archives d'Anatomie* est un garant du soin avec lequel elles seront rédigées, et du succès qu'elles ne manqueront pas d'obtenir.

— Intorno al Trattato critico sulla febbre; del Dott. G. B. Mugna, et all' Arterite, osservazioni di Domenico Rigoni Stern. — In-8° de 109 pages. — Verona, 1844, tip. poligrafica di G. Antonelli.

L'auteur cherche à établir, d'accord en cela avec plusieurs autres médecins, et notamment avec le docteur Mugna, qui a fait un travail spécial sur la question, que la fièvre est le résultat d'une inflammation de la tunique externe des artères, et en particulier des capillaires artériels qui s'y ramifient. Si l'on n'est pas conduit à partager les idées de M. Domenico Rigoni, on lui saura gré du moins des savantes recherches qu'il a accumulées sur ce point de pathogénie médicale.

— De la Suette du Poitou, considérée d'une manière générale; par Alph. Loreau, D. M. P., professeur suppléant à l'École de Poitiers. — Brochure in-8° de 63 pages. — Paris, Fortin, Masson.

Nous rapprochons l'analyse de cette brochure de celle de M. Gaillard (de Poitiers) sur le même sujet. Les deux auteurs se sont rencontrés sur plusieurs points; ce qui est déjà une garantie de l'exactitude de leurs observations et de la justesse de leurs remarques.

— Observations sur les Névralgies intermittentes; mémoire du professeur Joachim Fiorito, analysé et traduit par M. Frédéric Cazalès, D. M. M. et licencié en droit. — Brochure in-8° de 16 pages. — Montpellier, chez Jean Martel.

Il s'agit, dans cette brochure, de deux cas fort intéressants de névralgies intermittentes : l'un de névralgie ischiatico-crurale qui, après quelques accès irréguliers, adopta franchement le type *sixte*, puis devint *octave* et guérit par les sels de quinine; la seconde observation est celle d'une névralgie radiale au type *tierce* guérie par le même remède. — Le traducteur a fait précéder ces observations de recherches très-savantes sur le même sujet.

— Précis de Médecine opératoire; par M. J. Lisfranc, chirurgien en chef de l'hôpital de la Pitié, membre de l'Académie royale de méde-

cine, etc. — Trois forts volumes in-8° de près de 900 pages chacun. Sixième livraison; la septième et la huitième ont paru le 1er mai et le 1er juillet dernier. Le premier volume est complet. — Paris, chez Béchet jeune, libraire-éditeur, 1, place de l'École-de-Médecine, et chez tous les libraires des départements.

Cette sixième livraison commence le tome II. Elle comprend la suite des amputations, depuis les lois générales des désarticulations jusqu'à l'amputation du poignet.

— Bulletin de la Société de médecine de Besançon. — Brochure in-8°, 132 pages, 1845. — Besançon, imprimerie de Bintot.

Ce bulletin, le premier que publie la Société de médecine de Besançon, renferme des travaux d'un grand intérêt. On ne peut qu'encourager les publications de cette nature, qui sont destinées à porter à la connaissance du public médical une foule de faits importants qui seraient perdus pour la science. Nous donnerons des extraits détaillés du Bulletin de la Société de médecine de Besançon. Parmi les pièces intéressantes qu'il renferme, nous avons surtout remarqué un rapport sur les opérations du Congrès, par M. Tournier, délégué de la Société, empreint d'un grand bon sens et d'une remarquable impartialité.

— Recherches sur le traitement des Maladies nerveuses, de l'Épilepsie; par le docteur Chéneau, médecin des épidémies du département de la Seine. — Brochure in-8°, 45 pages. — Paris, chez J.B. Baillière.

« Onze malades, atteints d'épilepsie idiopathique, ont été traités « successivement par une méthode nouvelle, dit l'auteur. Chez tous, « sans exception, la guérison a été prompte et facile. Ce fait, fût-il dû « au hasard, m'a paru assez remarquable, ajoute M. Chéneau, pour « recevoir quelque publicité. » — Nous nous associons volontiers au vœu de l'auteur; mais il eût été à désirer qu'il eût fait connaître avec précision et détail la méthode qui a produit d'aussi beaux résultats. Dans quelques observations, il n'est fait aucune mention des moyens employés; dans d'autres, on parle de quelques médicaments sans indication de doses.

— L'évolution du foetus; thèse présentée et soutenue au concours pour la chaire d'anatomie, à la Faculté de médecine de Paris; par A. Aug. Duméril, D. M., agrégé à la Faculte, etc. — In-8°, 164 pages. — Paris, imprimerie de Fain et Thunot, 1846.

Comme les autres épreuves de ce concurrent, cette thèse renferme des recherches savantes et nombreuses d'anatomie et de physiologie comparées. L'auteur a suivi l'évolution du fœtus depuis les premiers rudiments de la vie jusqu'à son développement complet. Sa description est précédée de remarques historiques sur le sujet; elle est terminée par un appendice sur les anomalies du fœtus. C'est une œuvre qui survivra à la circonstance pour laquelle elle a été composée.

— De l'influence que l'Analyse chimique et la Micrographie ont exercée sur la pathologie et sur la thérapeutique ; par Victor Stoeber. — In-4°, 98 pages. — Strasbourg, 1845.

Cette thèse, conçue et rédigée au point de vue d'un criticisme sagace et élevé, ne conclut à aucune doctrine bien déterminée. L'auteur, après avoir rappelé les principales découvertes dues à l'analyse chimique et micrographique, termine par une appréciation plus de fait que de doctrine. Son opinion définitive, qui est une espèce de compromis entre les doctrines du vitalisme et du chimisme, est que « l'organisme « est soumis à des lois qui ne sont pas celles de la nature inorgani- « que : vouloir interpréter toute la pathologie par les lois chimiques, « c'est faire une tentative vaine. » Nous aurons occasion de revenir sur cette thèse.

— Exposé pratique de la méthode des Injections caustiques dans le traitement de la blennorrhagie chez l'homme ; par le docteur A. Debeney, membre de la Société médico-pratique de Paris. — Paris, 1846, chez J. B. Baillière.

— De l'influence des lieux marécageux sur le développement de la phthisie et de la fièvre typhoide a Rochefort ; par M. A. Lefèvre, médecin, professeur à l'École de médecine de Rochefort. — Brochure in-8°. — Bordeaux, chez H. Faye.

L'auteur, d'abord partisan des idée de M. Boudin, s'est rangé, après un examen plus approfondi des faits, à l'opinion opposée. Suivant lui, la loi d'antagonisme entre la phthisie pulmonaire et les fièvres intermittentes n'existe pas à Rochefort, où cependant, dit-il, le miasme paludéen imprime une modification profonde à l'organisme.

— Pathologie mentale en Belgique, en Hollande, en Italie et en Allemagne ; par M. Morel, D. M. P. — 3 brochures in-8°, 75 pages. — Paris, Fortin, Masson, rue de l'École-de-Médecine.

Ces brochures ne constituent qu'une première partie d'une revue générale que l'auteur a commencée de la pathologie mentale dans les différentes parties de l'Europe. Versé dans la plupart des langues et livré longtemps, par goût autant que par devoir, à des voyages très-étendus, M. Morel a visité la plupart des établissements d'aliénés, lu et analysé les principaux ouvrages qui traitent des maladies mentales. C'est l'exposé de ses observations et méditations personnelles qu'il a données sous forme de revue dans les *Annales médico-psychologiques*, et qu'il a réunies dans cette brochure.

— Dictionnaire universel d'Histoire naturelle ; par MM. Arago, Baudement, etc. ; dirigé par M. Charles d'Orbigny, et enrichi d'un magnifique atlas de planches gravées sur acier. — 73e, 74e, 75e livraisons. I à Lac du tome VII ; six très-belles planches. — Paris, chez les éditeurs, MM. Renard, Martinet et Ce, rue de Bussy, 6.

— Lettres de Gui Patin, nouvelle édition augmentée de lettres inédites, précédée d'une *Notice biographique*, accompagnée de remarques scientifiques, historiques, philosophiques et littéraires; par J. H. Réveillé-Parise, docteur en médecine, chevalier de la Légion d'honneur, membre de l'Académie royale de médecine, etc. Avec un *portrait* et le *fac-simile* de l'écriture de Gui Patin.

Les *Lettres de Gui Patin* forment 3 beaux volumes in-8° d'environ 600 pages chacun, 35 lignes à la page. Prix de chaque volume : 7 fr.

Le premier volume est en vente. Il est accompagné du *portrait* et du *fac-simile* de l'écriture de *Gui Patin.*

Les tomes II et III paraîtront de deux mois en deux mois.

Cette publication, à laquelle nous consacrerons prochainement un article détaillé, comprend les 7 volumes des anciennes éditions. Toutes ces éditions partielles, morcelées, étaient d'ailleurs fautives, soit dans le fond, soit dans la forme. Ce n'est qu'après un travail pénible, difficile, considérable, que M. Réveillé-Parise est parvenu à rétablir le sens, les noms propres, les citations bibliographiques, à corriger une multitude de fautes, d'erreurs et d'équivoques.

Plus on lit ces lettres, plus on s'y attache, parce qu'elles ont à un haut degré le double attrait du savoir et de l'esprit : telle est l'opinion unanime des hommes célèbres qui en ont parlé. Le charme de lecture qu'on y trouve tient évidemment à la grande variété des sujets qui y sont traités ; aussi s'adressent-elles à une infinité de personnes.

A Paris, chez J.-B. Baillière.

— Nouvelle méthode pour guérir certains anévrysmes sans opération, a l'aide de la galvano-puncture artérielle ; par J. L. Pétrequin, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de Lyon, professeur à l'École de médecine de la même ville. Deuxième mémoire présenté à l'Académie des sciences. — In-8° de 16 pages.

— De la Colique saturnine traitée et guérie par les opiacés ; observations du docteur Triberti, médecin en chef du grand hôpital de Milan, traduites de l'italien par M. Fréd. Cazalis, D. M. M. — In-8° de 24 pages. — Montpellier, imprimerie de Ricard frères.

L'auteur, faisant connaître le résultat de vingt-deux observations recueillies dans sa pratique, cherche à établir que la dénomination de colique saturnine est très-défectueuse, ne désigne que les apparences de la maladie, et nullement la maladie elle-même, et que tous ceux qui traitent cette cruelle maladie par les saignées générales et locales, par les purgatifs et les clystères, se laissent égarer par la fausse dénomination de la maladie et par l'esprit du système de *l'entérite broussaisienne.* Il faut revenir, suivant lui, à la ligne si bien tracée pour le traitement de la maladie des peintres, par Dehaën, Stoll et Sydenham.

— Manuel complet de Médecine légale ; par J. Briand, docteur-

médecin de la Faculté de Paris, ex-professeur d'anatomie, de médecine et de chirurgie; et Ernest Chaudé, docteur en droit, avocat à la Cour royale de Paris; contenant un *Traité élémentaire de Chimie légale* renfermant les applications de la chimie aux questions criminelles de police correctionnelle et municipale, de juridiction consulaire et d'expertise en matières civiles; par H. Gaultier de Claubry, docteur ès-sciences, professeur à l'École de pharmacie, répétiteur à l'École polytechnique, membre du Conseil de salubrité, etc., etc. — Quatrième édition; 1 fort vol. in-8° de plus de 900 pages, 1846. Prix : 9 fr. — Paris, chez Bernard Neuhaus, éditeur, rue Racine, 16, au bureau de la *Gazette médicale.*

Le succès rapide et toujours croissant qu'a obtenu cet ouvrage est la meilleure preuve qu'on puisse donner de son mérite.

— Bibliothèque historique de Diodore de Sicile; traduction nouvelle, avec une préface, des notes et un index, par M. Ferdinand Hoefer. — 4 vol. in-12 de 350 pages chacun, édition Charpentier. — Paris, chez Charpentier, éditeur, 17, rue de Lille, 1846.

Cette nouvelle traduction d'un des recueils historiques les plus importants de l'antiquité mérite l'attention particulière des médecins. L'auteur, déjà connu par d'importants ouvrages de médecine et de chimie, entre autres par une remarquable histoire de la chimie, a traité avec une supériorité facile à concevoir tout ce qui a trait, dans Diodore de Sicile, à la médecine et aux sciences naturelles. Ses remarques jetteront une vive lumière sur les origines de la science des poisons et des médicaments, sur certaines préparations perdues ou mal comprises. Il en est de même de ses remarques ingénieuses sur le *mirage*, sur *certains mythes* cachant les premiers germes des découvertes scientifiques modernes, sur l'électricité, la lumière, etc. La traduction de M. Hoefer est écrite avec une clarté parfaite et une élégance rare.

— Journal des Vétérinaires du Midi et Mémoires de la Médecine vétérinaire du département de l'Hérault. — Quatrième et cinquième séries; in-8° de 68 pages. — Beziers, chez Carrière, libraire.

Ces cahiers renferment, entre autres pièces intéressantes, diverses applications de la méthode sous-cutanée, section de tendons, ligature sous-cutanée appliquée à la castration. Nous ferons connaître avec détails cette dernière opération, aussi importante que nouvelle, exécutée par M. Miquel (de Beziers), frère du célèbre rédacteur de la *Gazette de Santé*, notre savant et spirituel prédécesseur.

— Considérations sur l'action thérapeutique de l'acétate d'ammoniaque; par le docteur E. Carrière. — In-8° de 16 pages, 1846. — Paris, chez Victor Masson, 1, place de l'École-de-Médecine.

Le titre de cette brochure n'indique qu'une très-petite partie de ce qu'elle contient. A propos d'une question de thérapeutique, l'auteur

s'est livré à des considérations intéressantes et presque toujours ingénieuses sur l'état du système nerveux dans les maladies où l'acétate d'ammoniaque paraît réussir. Une analyse approfondie des effets du médicament l'a d'ailleurs conduit à des conclusions plus précises sur son genre d'action, ce qui lui a permis d'en étendre judicieusement l'emploi. Ainsi, pour M. Carrière, « l'acétate d'ammoniaque n'est pas « seulement un stimulant diffusible, il est surtout antispasmodique. « Il est stimulant diffusible à haute dose; il est antispasmodique à « petite dose. Ses qualités antispasmodiques expliquent ses qualités « diffusibles et diaphorétiques ; car s'il agit en distribuant les forces « nerveuses du centre à la périphérie, ou d'une partie du corps vers « toutes les autres, il doit agir finalement sur les capillaires ou les « surfaces dermiques, de manière à leur communiquer une plus « grande activité. Enfin, l'acétate d'ammoniaque devra être employé « toutes les fois qu'il y aura accumulation exagérée de fluide nerveux « sur un organe, parce que, sous son influence, l'innervation peut être « ramenée aux conditions physiologiques de son équilibre normal. »

— Recherches médico-chirurgicales, pour servir à l'histoire : 1° de l'asphyxie par cause mécanique chez la femme enceinte ; 2° de l'inflammation des vaisseaux lymphatiques chez la femme en couche; 3° des maladies de la vessie, et de la ponction de cet organe par le rectum; par F. M. Ph. Levrat aîné. — In-8° de 70 pages.—Paris, chez J.-B. Baillière.

Dans le premier mémoire, l'auteur fait connaître une espèce d'asphyxie chez la femme arrivée au terme de la grossesse, déterminée par la suspension mécanique des mouvements d'inspiration et d'expiration, et par le refoulement du diaphragme et des poumons; dans le second, il rapporte quelques faits intéressants de *phlegmasia alba dolens ;* dans le troisième, il trace les règles de la ponction de la vessie par le rectum, et cite quatre cas de succès dus à cette pratique.

— Das stottern, oder darstellung und beleuchtung der wichligsten ansichten ueber wesen, etc. — *Le Bégayement*, ou Exposé des vues les plus importantes émises jusqu'à ce jour sur sa nature, sa cause et son traitement ; suivi de la reproduction littérale du traité de Jérome Mercurialis, *de Balbutie*, à l'usage des instituteurs et des médecins; par C. A. Haase. — In-8° de 140 pages. — Berlin, 1846, chez Hirschwald.

— Revue de Législation et de Jurisprudence, publiée sous la direction de M. L. Wolowski, avocat à la Cour royale de Paris, professeur de législation industrielle au Conservatoire des arts et métiers, et de M. Troplong, conseiller à la Cour de cassation, membre de l'Institut, pour la législation civile ; de MM. Charles Giraud, inspecteur général des Écoles de droit, membre de l'Institut, Édouard Laboulaye, membre de l'Institut, pour la législation ancienne ; de MM. Faustin-Hélie, chef

de bureau des affaires criminelles au ministère de la justice, Ortolan, professeur de législation pénale comparée à la Faculté de droit de Paris, pour la législation pénale.

Ce recueil contient, dans chaque livraison mensuelle, l'examen critique de la jurisprudence des arrêts de la Cour de cassation et des Cours royales, ou des décisions du Conseil d'État. MM. Championnière, avocat à la Cour royale, et Pont, docteur en droit, avocat à la Cour royale, concourent à ce travail pour le droit civil; M. Faustin-Hélie, pour le droit criminel; M. Dufour, avocat à la Cour de cassation, pour le droit administratif; et M. Massé, avocat à la Cour royale, pour le droit commercial. M. Chauffour, docteur en droit, est chargé de la *Revue des recueils étrangers* consacrés à la législation. — Douzième année; nouvelle série. — 1845, tome Ier. — On s'abonne à Paris, au bureau de rédaction, 21 rue Bergère.

Prix d'abonnement : 20 fr. par an pour Paris; 22 fr. pour la province; 26 fr. pour l'étranger.

— Recherches et considérations sur la constitution et les fonctions du col de l'utérus, dans le but d'éclairer l'étiologie des insertions placentaires sur cette région, et de conduire à un choix de moyens propres à combattre les hémorrhagies qui en sont les conséquences; par C. Négrier, directeur de l'École préparatoire de médecine et de pharmacie d'Angers, professeur d'accouchements et chirurgien en chef de l'hospice de la Maternité de la même ville. — 1 vol. in-8°. Prix : 3 fr. — Paris, chez Labé.

— Traduction nouvelle de Celse; par le docteur Charles des Étangs. —In-8° de jésus à deux colonnes, de 308 pages.—Paris, chez J. J. Dubochet, rue Richelieu. — 1846.

— Traité sur la Vaccine, ou Recherches historiques et critiques sur les résultats obtenus par les vaccinations et revaccinations, depuis le commencement de leur emploi universel jusqu'à nos jours, ainsi que sur les moyens proposés pour en faire un préservatif aussi puissant que possible contre la variole (ouvrage couronné par l'Académie royale des sciences, en 1845); par M. le docteur Ch. Steinbrenner, docteur en médecine à Wasselonne (Bas-Rhin). — 1 fort vol. in-8° de 850 pag. Prix : 8 fr. — Paris, chez Labé, 1846.

Précis de Pathologie général, de Nosologie et de Méthode d'observation, pour servir d'introduction à l'étude de la médecine clinique; par M. le docteur Achard Lavort, directeur et professeur de l'École de médecine de Clermont-Ferrand. — In-12 de 576 pages.

— La Phthisie et les autres maladies de poitrine traitées par les fumigations de goudron et le médicinal naphthe; par le docteur Sales-Girons.—1 vol. in-8°. Prix : 7 fr.—Paris, chez Labé.

Les Anglais appellent indistinctement *naphtha* les esprits ou vinai-

gres de bois employés pour la guérison de la phthisie. Celui qui a été préféré par le docteur Hastings est l'esprit pyroacétique. Cet ouvrage aurait pour *but* de faire connaître *aux médecins* la nouvelle manière anglaise de traiter la phthisie. Les nombreuses annonces insérées à la quatrième page des journaux quotidiens porteraient à croire que ce n'est pas seulement aux médecins que l'auteur s'adresse, et que son *but* est un peu différent de ce qu'il dit. Nous examinerons cet ouvrage de plus près.

MÉLANGES.

40. *Des inconvénients de l'alimentation par le café au lait;* par le docteur Caron.

(Journal de Médecine et de Chirurgie pratiques, juin 1846.)

On sait qu'une des causes les plus puissantes des flueurs blanches est l'usage du café au lait. M. Lisfranc, dans sa clinique chirurgicale, n'admet aucun doute à cet égard. Il cite aussi ce fait remarquable, que du café et du lait pris séparément dans la même journée n'exercent aucune influence fâcheuse sur les organes génitaux de femmes bien portantes, tandis que les mêmes femmes sont très-souvent affectées d'écoulements blancs si on les soumet à l'usage du café au lait. Un tel fait devait, on le conçoit, éveiller l'attention des médecins observateurs, et c'est en étudiant ce phénomène, en apparence si bizarre, que M. Caron, médecin des prisons de la Seine, est arrivé à des résultats dont nous devons rendre compte à nos lecteurs.

M. Caron a commencé par analyser l'infusion de café, telle qu'on la prépare pour les besoins domestiques. Il a trouvé qu'elle contenait des matières colorantes, une huile empyreumatique, développée par la torréfaction; des acides tannique et gallique; une résine; de l'extractif et de la caféine. Il est inutile de dire que cette infusion constitue une boisson fort agréable; mais ce qu'on ne sait pas, suivant M. Caron, c'est que, mise en contact avec du lait, elle agit sur lui de façon à neutraliser ses propriétés alibiles, en retardant singulièrement la fermentation. Ayant disposé du café mélangé avec du lait dans un bocal, ce n'a été qu'au bout de vingt-sept jours que la décomposition s'en est opérée, tandis que le lait sucré avait résisté trois jours, le chocolat au lait cinq jours, le lait mélangé à la caféine pure, onze jours. La ratanhia ainsi que l'écorce de chêne présentèrent cette pro-

priété à un plus haut degré encore. Il résulte de ceci, que les propriétés astringentes du café agissent en retardant la digestion du lait, tandis que la caféine, mise à nu, vient agir secondairement sur l'estomac à la façon des alcalis végétaux, c'est-à-dire qu'elle produit une prostration évidente, comme l'a expérimenté M. Caron, en prenant lui-même et en faisant prendre quelques décigrammes de caféine pure après le déjeûner.

Du reste, dit ce médecin, dans l'immense majorité des cas, le café au lait, arrivé dans l'estomac, y séjourne un temps variable comme l'activité fonctionnelle de l'organe. Il devient par sa présence la cause immédiate de cet état de plénitude que quelques personnes prennent pour un effet physiologique, tandis qu'il n'est que le résultat d'une perversion des fonctions normales de l'estomac. Cet aliment, dont les éléments constitutifs ont ainsi réagi les uns sur les autres, ne contient aucune matière assimilable ; et quand les forces digestives de l'estomac se sont épuisées en vain sur ces substances, elles n'apportent aux organes fatigués qu'un aliment insuffisant, de mauvaise qualité. M. Caron cite un certain nombre d'observations qui prouvent qu'après quelque temps de cette alimentation, les organes digestifs cessent leurs fonctions : l'estomac est ordinairement le premier affecté ; les digestions se suppriment, les douleurs épigastriques apparaissent ; elles coïncident ordinairement avec le pica ou le malacia, le désir d'aliments de haut goût, la suppression des sécrétions intestinales, qui, d'autres fois, sont surexcitées. Il se développe des céphalalgies susorbitaires très-pénibles ; l'amaigrissement survient ainsi que la perte des forces physiques et morales ; les flux périodiques se suppriment ou se pervertissent ; la menstruation se dérange et fait place à un écoulement leucorrhéique des plus fatigants pour les femmes. Enfin, on voit celles-ci en proie à une foule d'affections nerveuses, qu'on ne peut guérir qu'en supprimant la cause du mal et en associant le fer et le quinquina aux antispasmodiques.

M. Caron rapporte, entre autres, deux observations qui démontrent parfaitement, suivant lui, la valeur de cette proposition, que le café au lait est un mauvais aliment, et qu'il est, dans certains cas, une cause puissante de maladies. Nous allons les résumer succinctement :

Madame C..., âgée de 35 ans, éprouvait depuis un an ou deux de fréquentes migraines, qui changeaient profondément son caractère, jusqu'alors gai et aimable. A ces phénomènes s'ajoutaient des troubles notables des fonctions digestives : perte d'appétit, vif sentiment de brûlure et de tortillement à l'estomac

avec prédispositions nauséeuses, plus marquées après le repas qu'avant, fréquents dérangements de corps; quelquefois trois ou quatre jours se passaient sans garde-robes ; puis survenait une diarrhée de vingt-quatre à quarante-huit heures. Madame C... avait, en outre, le sommeil troublé, des étourdissements avec propension aux évanouissements, une vive injection de la face coïncidant avec un affaiblissement journellement progressif et une abondante leucorrhée.

Les antiphlogistiques ayant été employés vainement pour combattre cet état morbide, qu'on supposait être au principal une gastrite rebelle, M. Caron interrogea la malade sur le genre d'alimentation qu'elle préférait, et, comme tant d'autres, elle lui dit : « Quand j'ai pris mon café, cela me suffit pour la journée, et c'est la seule nourriture que je prenne avec plaisir. » Frappé de cette coïncidence, M. Caron l'engagea immédiatement à suspendre tout traitement, à supprimer le café au lait, et après un emploi de très-courte durée de quelques antispasmodiques surexcitants et d'un régime tonique et fortifiant, l'appareil symptomatique disparut. M. Caron n'eut, dans la suite, qu'à combattre l'anémie dont les ferrugineux firent promptement justice. Depuis cette époque, Madame C.... a repris toutes ses fonctions et ne s'est jamais mieux portée.

La deuxième observation est celle d'une jeune dame de 24 ans, tourmentée depuis quelques années par des accidents nerveux de toute espèce. Chez elle en même temps les fonctions digestives étaient complétement dérangées. Après avoir vainement eu recours à des traitements variables, cette dame allait, en dernier ressort, se retirer à la campagne, lorsque M. Caron eut l'occasion de la voir. Il apprit d'elle qu'elle se nourrissait exclusivement de café au lait et de friandises. Convaincu alors qu'il s'agissait encore, dans cette circonstance, de combattre les effets d'une alimentation insuffisante et de mauvaise qualité, M. Caron invita cette dame à renoncer à l'usage du café au lait, à prendre un peu de rhubarbe et de l'eau de Seltz en mangeant, à se livrer à un exercice modéré aussitôt après le repas, et enfin à suspendre toute médication : or, quinze jours de ce nouveau régime suffirent pour améliorer sensiblement les digestions; le sommeil revint ; les idées noires qui obsédaient constamment l'esprit de cette dame ne se représentèrent plus ; elle retrouva sa gaieté et son caractère habituels. Au bout de trois semaines de suspension du café au lait, elle se trouvait complétement guérie. Mais un fait très-digne de remarque, et qui vient encore à l'appui de l'opinion de M. Caron, c'est que toutes les fois que la malade voulait, par

hasard, reprendre son aliment de prédilection, elle s'en trouvait constamment incommodée. Cette circonstance concorde donc parfaitement avec l'assertion de M. Lisfranc, qui dit avoir vu un très-grand nombre de personnes chez lesquelles on pouvait, à volonté, produire et diminuer, ou bien encore guérir les pertes blanches, soit en leur faisant prendre du café au lait, soit en leur défendant l'usage de cet aliment.

---

41. *Traitement rationnel du diabète par les substances alcalines;* par M. le docteur MARTIN-MAGRON.

(Journal de Médecine et de Chirurgie pratiques, janvier et février 1846.)

Le sucre de raisin ne réagit en aucune façon sur les sels de cuivre lorsqu'il est pur; mais lorsqu'il a été préalablement traité par un alcali, il devient corps combustible et, en cette qualité, il décompose l'oxyde de cuivre, s'empare de l'oxygène, et met le cuivre à nu. Mais l'alcali n'est pour rien dans cette réaction; car si après avoir mis du sucre de raisin en contact avec de la potasse, on sature cette potasse, le sucre n'en conservera pas moins sa propriété acquise de corps combustible et réagira sur l'oxyde de cuivre comme on vient de le voir à l'instant.

On sait d'autre part que, dans l'économie, les fécules sont promptement transformées en sucre de raisin, lequel, par des oxygénations successives, doit se transformer en acide carbonique et devenir ainsi un des produits expulsés dans l'acte respiratoire. Or, M. Mialhe s'est demandé si dans le diabète sucré la sécrétion du sucre en nature ne serait pas due à ce que l'économie ne contiendrait pas une quantité d'alcali suffisante pour transformer en matière combustible le sucre provenant de la fécule prise dans les aliments. Eh bien! la pratique est venue justifier cette hypothèse, et l'administration des préparations alcalines chez les diabétiques a donné les résultats les plus confirmatifs à cet égard.

M. Mialhe est allé plus loin. Il a trouvé que c'était la salive qui contenait et le ferment qui transforme l'amidon en sucre, et l'alcali qui rend le sucre matière oxydable. Quand on prend en effet de la salive et qu'on la traite par de l'alcool pur, il se précipite une matière blanche, pulvérulente, qui, desséchée sous la machine pneumatique, jouit de la propriété de transformer immédiatement une quantité considérable de fécule en sucre de raisin.

Il est évident, dès lors, que l'ancien traitement de MM. Bouchardat et Sandras n'était qu'un traitement palliatif. En enlevant

aux malades les matières amylacées, on leur enlevait un aliment nécessaire, indispensable. Ces médecins croyaient peut-être que les graisses suppléeraient aux autres aliments carbonés ; mais les graisses ne sont absorbées qu'après avoir été préalablement saponifiées par un alcali, alcali que M. Mialhe suppose être en quantité insuffisante chez le diabétique.

Le traitement de M. Mialhe est au contraire curatif et rationnel. Il n'enlève aucun aliment indispensable, et, en donnant de l'amidon aux malades, il les remet dans les conditions où ils se trouvaient dans l'état de santé.

La nutrition des végétaux est venue d'ailleurs donner une sanction nouvelle à la méthode de M. Mialhe. En effet, si l'on trouve dans la nature des fruits sucrés, c'est que ces fruits sont naturellement diabétiques. Ils peuvent transformer l'amidon en sucre et manquent de l'alcali nécessaire pour rendre ce sucre combustible. Cela est si vrai, qu'il a suffi à M. Mialhe d'arroser divers arbres avec des liqueurs alcalines pour que les fruits de ces arbres aient peu à peu perdu la saveur sucrée qui leur était naturelle.

Les substances alcalines qui servent de base au traitement proposé par M. Mialhe pour combattre le diabète, sont principalement le bicarbonate de soude et la magnésie calcinée hydratée.

Le bicarbonate de soude est prescrit à la dose de 10 à 20 grammes et même davantage par jour, et la magnésie calcinée à la dose de 1 à 4 grammes pour le même intervalle de temps. Ces doses suffisent le plus ordinairement pour rendre à l'urine des diabétiques sa composition normale, pour en faire disparaître le sucre; ou, pour mieux dire, ces proportions de substances alcalines sont suffisantes pour redonner au sang sa composition première, et par suite rendre possible l'assimilation du sucre. C'est ainsi, par exemple, que dans une observation communiquée le 8 juillet 1844 à l'Académie des sciences par MM. Mialhe et Contour, le malade qui en fait le sujet n'a jamais pris au delà de 12 grammes de bicarbonate de soude et 1 gramme de magnésie calcinée dans les vingt-quatre heures. On a dit, il est vrai, que ce malade n'était pas guéri ; mais cette assertion n'est pas exacte : s'il continue à prendre encore quelques grammes de bicarbonate de soude par jour, c'est uniquement par prudence et dans un but prophylactique ; car, il en convient lui-même, jamais sa santé n'a été meilleure qu'aujourd'hui.

Quelquefois, cependant, de pareilles doses sont insuffisantes pour arriver au résultat précité, et tout dernièrement encore

M. le professeur Trousseau a été obligé de porter la dose de bicarbonate sodique au delà de 30 grammes par jour pour faire disparaître le sucre de l'urine d'une femme diabétique, à laquelle il donne des soins.

Le bicarbonate de soude se prend en dissolution dans de l'eau, dans du lait ou du bouillon; mais comme l'observation clinique démontre que cet agent médicinal est d'autant plus promptement efficace qu'il est administré en dissolution plus concentrée et que cette dissolution offre une saveur alcaline plus prononcée, quelques malades ont de la répugnance à le prendre. M. Mialhe pare à cet inconvénient en donnant le médicament sous forme de bols ou capsules, dont voici la formule :

Pr.	Bicarbonate de soude pulvérisé.	100 grammes.
	Gomme arabique pulvérisée.	8 —
	Eau.	Q. S.

On fait une pâte assez dure pour pouvoir être roulée en bols olivaires du poids de 50 centigrammes à 1 gramme chacun, que l'on recouvre ensuite d'une couche gommo-gélatineuse.

Cette manière d'administrer le bicarbonate sodique est sans aucun doute très-convenable et très-commode, non-seulement pour le traitement des diabétiques, mais encore pour celui des graveleux.

Quant au mode d'emploi de la magnésie calcinée, M. Mialhe est d'avis que cette substance doit toujours être prescrite à l'état d'hydrate, c'est-à-dire en combinaison avec l'eau dans les proportions suivantes :

Pr.	Magnésie calcinée	100 grammes.
	Eau pure.	800 —
	Eau de fleurs d'oranger.	100 —

On broie la magnésie avec l'eau, on porte ensuite le mélange à l'ébullition en agitant sans cesse; on passe à travers une étamine à looch, et on ajoute ensuite l'eau aromatique. On obtient un *lait magnésien* qui contient 2 grammes d'oxyde pour chaque cuillerée à bouche de liquide.

La magnésie calcinée ainsi *mixtionnée* est bien moins désagréable au goût que lorsqu'elle est mélangée extemporanément avec l'eau. M. Mialhe connaît une personne qui n'avait jamais pu supporter l'usage de cette substance, qui se trouve on ne peut mieux de l'emploi du lait de magnésie.

42. *De l'empoi du calomel dans l'infection purulente;* par M. Reymonet, de Marseille.

(Journal de Chirurgie de M. Malgaigne, juin 1846.)

« Lit 64. — Martin, âgé de 55 ans, charretier, a subi dans le même service, il y a deux ans environ, l'amputation du gros orteil droit et la résection du premier métatarsien. Il est entré depuis deux mois dans cette salle pour un ulcère calleux à la plante du même pied. Le repos et les émollients semblaient l'avoir débarrassé, lorsqu'il est survenu un gonflement phlegmoneux de toute l'extrémité inférieure; des abcès nombreux, des fusées purulentes sous-aponévrotiques ont nécessité des incisions profondes. Une suppuration abondante a été suivie d'une fièvre vive qui a duré plusieurs jours, et qui a cédé aux moyens ordinaires et à des pansements réguliers. Martin vient d'éprouver, il y a huit jours à peu près, un nouvel accès de fièvre ; mais cette fois avec les symptômes ordinaires de la résorption purulente, si commune dans notre hôpital. Le malade a été pris d'un frisson violent qui n'a pas duré moins d'une heure ; la réaction a été longue, et des sueurs abondantes l'ont suivie. — Les traits se sont altérés, la langue est devenue sèche, il a eu des rêvasseries.—La peau et surtout les sclérotiques ont pris une teinte jaune ; l'hypochondre droit était sensible, et la suppuration d'abord séreuse avait presque tari. L'expérience a malheureusement démontré trop souvent qu'un semblable état de choses était toujours suivi d'une mort prompte. Tout faisait penser ici que le pus charrié vers le foie donnerait lieu à ces abcès multiples que l'on rencontre dans cet organe à l'autopsie. M. Reymonet a prescrit 1 gramme de calomel ; il a répété l'emploi de ce médicament le lendemain à la dose de 50 centigrammes; on a pansé avec un digestif animé (cérat et baume d'Arcéus) les plaies du pied, qui étaient sèches et blafardes. Sous l'influence de cette médication, l'état de Martin s'est promptement amélioré. La fièvre est tombée, la teinte ictérique a disparu rapidement, et le pus est redevenu louable et en proportion modérée. Aujourd'hui le malade est au quart, et on aurait à espérer une guérison très-prochaine, si l'état de l'articulation tibio-tarsienne n'inspirait des craintes sérieuses pour la conservation du membre.

« Nous reviendrons plus tard, quand nous aurons par-devers nous un plus grand nombre de faits, sur l'emploi du calomel à dose purgative et sur les pansements avec les excitants dans la résorption purulente ; nous sommes porté à croire que ce médi-

cament est le seul, jusqu'à ce jour, qui ait fait entrevoir la possibilité d'enrayer un si redoutable accident.

« Un résultat semblable a été obtenu il y a deux mois sur un malade atteint de fracture comminutive avec plaie à la jambe. Des symptômes de résorption purulente se manifestèrent avec une grande intensité. M. Reymonet prescrivit ce sel de la même manière ; il en continua l'usage plusieurs jours, et le malade survécut encore près de deux mois à une lésion qui plus tard nécessita l'amputation de la cuisse. Chataing, qui avait constamment refusé de s'y soumettre, ne l'accepta que lorsque le marasme et l'épuisement eurent fait trop de progrès.

« L'autopsie révéla un fait qui, sans avoir une grande valeur, mérite cependant d'être noté. Il y avait dans le grand lobe du foie un noyau blanchâtre, de consistance presque fibreuse, qui semblait indiquer qu'il y avait eu là un travail pathologique. La coïncidence des symptômes de résorption pendant la vie, leur disparition subite après l'emploi d'un médicament dont on peut expliquer le mode d'action, et la remarque d'un changement de couleur et de densité dans le tissu d'un organe qui est souvent le siége de collections purulentes après l'accident dont nous parlons, constituent un fait nouveau que nous livrons aux réflexions des chirurgiens. »

---

43. *Fracture du col du fémur. Difficulté du diagnostic. De la mensuration des membres.* — Hôpital de la Charité. — M. VELPEAU.

(Gazette des Hôpitaux, N° 68 ; 1846.)

La nommée Marie-Antoinette Roche, âgée de cinquante-trois ans, blanchisseuse, couchée au numéro 6, a fait une chute dans un bateau, et nous a été adressée par un médecin de la ville. Cette femme accuse de la douleur dans le haut de la cuisse droite et dans l'aine ; la pointe du pied est tournée en dehors, et elle ne peut la ramener en dedans ; la région inguinale présente un gonflement évident.

A quelles lésions faut-il rapporter ces symptômes? Il est permis tout d'abord de songer à une fracture du col du fémur, ou à une luxation, ou à une déchirure et à une contusion des parties molles.

La douleur et le gonflement sont des signes qui ne peuvent être que d'un faible secours, parce qu'ils se rencontrent aussi bien dans la fracture, dans l'entorse, que dans la simple déchirure. L'impossibilité de détacher le talon du lit est regardée comme un signe de fracture ; mais elle peut indiquer également

l'existence d'un travail douloureux autour de l'articulation ou dans l'articulation même. On n'est pas, en un mot, autorisé à regarder cette impossibilité de soulever le talon comme un signe infaillible de fracture. Il y a cependant une différence entre la fracture et la douleur au point de vue du signe dont nous parlons : dans la fracture, il y a impossibilité réelle ; dans la douleur produite par un travail quelconque aux environs de la jointure, en surmontant cette douleur, le malade parvient à soulever le talon. C'est ce qu'on observe, par exemple, dans la luxation : d'abord le malade paraît ne pas pouvoir soulever le membre ; si l'on insiste, il y parvient.

La déviation en dehors est aussi regardée comme un signe de fracture ; mais ce n'est pas là un signe pathognomonique, puisqu'on le rencontre dans d'autres lésions ; ainsi on le trouve dans les luxations en dedans sus ou sous-pubienne. Il faut dire cependant que dans ces luxations, non-seulement le pied est tourné en dedans ; mais ni le malade, ni le chirurgien lui-même ne peuvent lui imprimer une direction opposée : la raison en est trop évidente pour que chacun ne la comprenne pas immédiatement. Dans la fracture, lorsque le pied est incliné en dehors, on peut le tourner en dedans ; mais d'ailleurs, il y a d'autres maladies dans lesquelles on observe la rotation du pied en dehors : dans la paralysie, le pied tourne souvent en dehors et y demeure ; dans certaines affections de la hanche très-douloureuses, la même rotation se produit aussi.

De tout ce que nous venons de dire, il résulte que la maladie dont est atteinte cette femme est véritablement moins claire, plus embrouillée qu'en commençant ; et c'est en effet ce qui arrive le plus souvent quand on envisage une question sous toutes ses faces, en examinant chaque symptôme d'une maladie isolément, et en s'efforçant de tirer de ce symptôme des données précises pour le diagnostic.

La conclusion à tirer de ceci, c'est qu'en général un seul signe ne suffit pas pour caractériser une maladie, et que c'est dans leur ensemble, et non dans chacun d'eux en particulier, que le diagnostic puise ses éléments.

Nous avons dit qu'on pouvait songer, soit à une luxation, soit à une fracture ou à une simple déchirure des parties molles. Examinons donc si tous les signes observés peuvent se rapporter à une luxation. Il est évident qu'on ne rencontre pas ici cette fixité du membre, qui est un des caractères de cette lésion ; de plus, avec une luxation, il y a toujours un raccourcissement ou un allongement considérable que nous ne trouvons pas.

D'un autre côté, après une contusion, il est rare que les malades ne puissent pas soulever le membre en les sollicitant, et tourner le pied en dedans ou en dehors; or, notre malade ne peut évidemment pas ramener le pied en dedans. Les contusions d'ailleurs ne s'accompagnent pas de raccourcissement léger du membre, et nous avons trouvé, non pas, ainsi que nous le disions tout à l'heure, une de ces différences de longueur considérables, comme on les observe dans les luxations, mais un raccourcissement de 2 à 3 centimètres seulement.

A propos des différences de longueur qu'on observe dans les membres, nous croyons utile d'entrer dans quelques considérations peu connues des praticiens, parce qu'elles ne paraissent pas présenter l'intérêt et l'importance qu'elles renferment en effet.

Théoriquement, il semble que mesurer deux membres et s'assurer de leur longueur soit une appréciation presque vulgaire et des plus faciles ; il s'en faut bien qu'il en soit ainsi. Nous n'hésitons pas à dire que cette mensuration est souvent très-difficile, et que les résultats qu'on en obtient peuvent être la cause d'erreurs énormes. L'inclinaison du bassin ou celle de l'axe des membres eux-mêmes fait souvent naître des différences apparentes, contre lesquelles on ne saurait trop se tenir en garde, tant elles exposent à des fautes graves dans le diagnostic, et par suite, comme toujours, dans le pronostic et le traitement. Pour n'en citer qu'un exemple, nous avons été consulté par une jeune fille qu'on traitait depuis longtemps déjà (six ou sept ans) pour une luxation spontanée du fémur; en examinant comparativement ses deux jambes, en les mesurant avec les précautions que nous allons indiquer, nous avons pu nous convaincre que la prétendue différence de longueur n'existait pas, et nous sommes parvenu à reconnaître qu'il s'agissait, non d'une luxation, mais d'une semi-paraplégie.

Quand on veut mesurer avec précision les deux membres, il faut d'abord ne jamais s'en rapporter à l'inspection seule, qui trompe constamment. On doit placer le malade sur un plan, couché sur le dos, en veillant avec soin à ce que le corps ne soit incliné ni d'un côté ni de l'autre. Ces conditions remplies, il reste encore une difficulté presque insurmontable chez certains sujets. On sait qu'on a appliqué les mesures sur des éminences osseuses, l'épine iliaque antéro-supérieure d'une part, l'angle supérieur de la rotule ou les malléoles de l'autre. Chez les individus maigres et dont les éminences osseuses sont marquées, cela est assez facile ; mais il est des malades chez lesquels l'épine

iliaque est arrondie, et il est fort malaisé d'en trouver exactement le centre; de telle sorte qu'on n'est pas parfaitement certain de placer la mesure précisément au même point pour les deux membres: il en résulte déjà quelquefois une différence apparente de quelques lignes en plus ou en moins. Cette difficulté se rencontre chez cette malade.

En outre, l'angle supérieur externe de la rotule n'est pas constamment le même des deux côtés; il peut quelquefois être plus haut ou plus bas sur un membre que sur l'autre, et d'ailleurs ce n'est pas un os fixe. On le voit, ce sont là beaucoup de causes de petites erreurs, qui, réunies, sont susceptibles de faire croire à des différences qui n'existent pas en réalité.

On ne saurait donc négliger toutes les précautions capables de les faire éviter sans exposer à de grandes méprises, toutes les fois que la mensuration est appelée à éclairer le diagnostic.

Mais si l'on s'assure parfaitement de la position du malade, si l'on évite toute inclinaison du bassin ou du membre, si l'on examine avec précision le point où l'on applique la mesure, et il vaudra mieux faire cette application de l'épine iliaque à la malléole, on se mettra à l'abri d'erreurs graves; et si l'on se trompe alors, ce sera de si peu, que la petitesse de la différence dans le cas d'égalité de longueur indiquera elle-même qu'elle provient probablement de la difficulté même de la mensuration.

Nous avons mesuré les deux jambes de cette malade en faisant usage de toutes ces précautions, et le raccourcissement, sans être considérable, était assez grave néanmoins pour qu'il ne pût être imputé aux erreurs commises dans la façon de mesurer.

Ce raccourcissement constaté, il ne nous reste plus de doutes. Quant à nous, une chute, une impossibilité de lever le talon, un raccourcissement modéré, nous indiquent une fracture. Certainement cette femme, pas plus que les personnes qui l'ont vue avant qu'on l'apportât, ne se doutent qu'elle se soit fracturé la cuisse; car elles n'ont aperçu aucune difformité, et la malade peut encore plier un peu la jambe. Mais qu'on se le rappelle, quand le pied est tourné en dehors, quand le chirurgien peut le ramener en dedans, que le malade ne le peut pas; quand il y a un léger raccourcissement, il y a fracture. Comment se fait-il cependant que la malade semble conserver encore la liberté de certains mouvements, et comment n'y a-t-il aucune difformité apparente? Cela tient à la nature de la fracture. On sait qu'il y a plusieurs espèces de fractures du col du fémur: d'abord les fractures extracapsulaires qui s'accompagnent d'une douleur vive, qui ne permettent aucun mouvement, et dont le siége est in-

diqué par un mouvement circonscrit ; les fractures intracapsulaires, que leur nom fait connaître suffisamment. Mais parmi ces dernières, il en est qui se compliquent à peine de raccourcissement : ce sont celles appelées par pénétration, celles dont MM. Hervez de Chégoin, Robert et quelques autres ont cité des exemples. Il peut en exister deux variétés, selon que le col du fémur a pénétré dans le grand trochanter ou dans la tête de l'os ; dans ces cas, comme nous le disions, il n'y a pas de raccourcissement considérable, et le pied est tourné en dedans ou en dehors, selon que le col a pénétré dans la portion antérieure ou postérieure du grand trochanter.

Avec cette espèce de fracture, on s'explique toutes les différences qu'on a observées chez des malades affectés de ces lésions ; ainsi, l'on comprend, par exemple, comment certains sujets, bien qu'ayant le fémur fracturé, ont pu marcher pendant quelque temps. Déjà, autrefois, on avait eu l'idée que les choses pouvaient se passer ainsi ; on disait que les fragments s'engrenaient quelquefois.

L'ensemble des signes observés chez notre malade nous disposerait à admettre l'existence d'une fracture par pénétration. Elles sont fort importantes à connaître, car on chercherait vainement avec elles les signes qu'admettait Boyer : la crépitation, la rotation du trochanter, celle du pied en dehors, l'impossibilité de soulever le talon, manquent ou peuvent manquer.

Il n'est pas moins important de les reconnaître au point de vue du pronostic et de la thérapeutique. Leur pronostic est, en effet, moins grave que celui des autres espèces ; les deux fragments n'ont besoin que de l'immobilité, les malades ne sont pas forcés de garder le lit aussi longtemps. En outre, la consolidation, que beaucoup de personnes regardent comme impossible dans ces fractures, est rendue possible ici par la pénétration même. Enfin, de toutes les fractures du fémur, on peut dire que c'est la moins mauvaise espèce.

TABLE

DES MATIÈRES CONTENUES DANS LE 166e VOLUME.

7e SÉRIE, TOME VI. — JUIN 1846.

ARCHIVES DE LA MÉDECINE BELGE.

Mémoire sur l'ophthalmie gonorrhoïque; par le docteur *Fréd. Hairion.* (*Suite.*) 105
Coup d'œil sur la maison d'aliénés du docteur *Kalcker*, à Uccle, lez-Bruxelles. 116
BIBLIOGRAPHIE. — Le médecin de soi-même aux bains de mer, ou Manuel complet d'hygiène et de thérapeutique, indispensable aux baigneurs; par le docteur *Henri Noppe.* (*Analyse.*) 119
VARIÉTÉS. — Galerie des célébrités médicales de la renaissance. — *Jean Baptiste Van Helmont.* (*Suite.*) 120
Circulaire de la commission médicale du Brabant. 125
NÉCROLOGIE. 128

REPRODUCTION ET REVUE DES JOURNAUX ÉTRANGERS.

II. HYGIÈNE, DIÉTÉTIQUE, PHARMACOLOGIE ET TOXICOLOGIE.

HYGIÈNE. — 1. De l'influence que l'industrie exerce sur la santé des populations dans les grands centres manufacturiers; par M. le docteur *Thouvenin.* 1
10. Des inconvénients de l'alimentation par le café au lait; par le docteur *Caron.* 292

IV. PATHOLOGIE, THÉRAPEUTIQUE ET CLINIQUE MÉDICALES.

PATHOLOGIE INTERNE. — 2. Recherches sur les formes de l'ictère essentielle; par *Charles Ozanam.* 15
3. Etudes sur les causes organiques et le mode de production des affections dites hystériques; par *Ch Schutzenberger.* 27
4. Mémoire sur les spasmes musculaires idiopathiques et sur la paralysie essentielle; par M. *A. Delpech.* 40
5. Considérations pratiques sur les causes, la nature, le diagnostic et le traitement des gaz développés dans les voies digestives; par M. *Amédée Latour.* 55
6. Anémie. Affection organique probable de l'estomac. — Hôtel-Dieu. — M. *Chomel.* 60
21. Deux cas d'inflammation de l'appareil gastro-intestinal, étendue au plexus solaire et au ganglion semi-lunaire, vérifiée à l'autopsie; par M. *Silvano.* 243
22. Cas d'obstruction des intestins par un gros calcul; par le docteur *Campbell.* 245
23. Cas de sialorrhée, avec analyse de la salive et de l'urine; par le docteur *Glover.* 247
24. Sur la chorée électrique. 248
THÉRAPEUTIQUE. — 7. Remarques pratiques sur quelques points du traitement des affections papuleuses et sur l'emploi, dans ces cas, d'une pommade créosotée. 68
8. Quelques principes thérapeutiques à propos du musc et de l'ataxie; par M. *A. Dauvergne.* 75

9. Recherches sur l'action physiologique et thérapeutique du sulfate de quinine à haute dose dans la fièvre typhoïde; par M. le docteur *Paul Boucher*, de la Ville-Jossy. 85
25. Sur l'application du galvanisme dans un cas de métrorrhagie accidentelle ; par M. *Th. Radford*. 252
26. Note sur les huiles de ricin et de croton tiglium dans certaines maladies de l'enfance ; par le docteur *Spencer Thomson*. 253
27. Efficacité de l'acétate de plomb et de la teinture de chlorhydrate de fer dans l'albuminurie scarlatineuse ; par M. le docteur *O'Ferrall*. 258
41. Traitement rationnel du diabète par les substances alcalines ; par M. le docteur *Martin-Magron*. 295
42. De l'emploi du calomel dans l'infection purulente; par M. *Reymonet*. 298

V. ACCOUCHEMENTS, MALADIES DES FEMMES ET DES ENFANTS.

ACCOUCHEMENTS. 10. Recherches sur les corps fibreux et les polypes de l'utérus considérés pendant la grossesse et après l'accouchement ; par le docteur *Am. Forget*. 101
28. Accouchement prématuré périodique ; par le docteur *Devilliers* fils. 260
MALADIES DES FEMMES. — 11. Sur les granulations et l'étroitesse de la cavité du col de l'utérus, et des moyens qu'on peut opposer à ce genre d'affections. 116
29. De l'inflammation phlegmoneuse du bassin ; par M. *Joseph Bell*. 263
MALADIES DES ENFANTS. — 12. Traitement chirurgical du croup. — Hôpital des Enfants. — M. *Guersant* fils. 119

VI. CHIRURGIE, ORTHOPÉDIE ET OPHTHALMOLOGIE.

PATHOLOGIE EXTERNE. — 13. Fracture des deux os de l'avant-bras. 124
14. De la crépitation comme moyen de diagnostic dans les maladies chirurgicales ; par *G. E. Maslieurat-Lagémard*. 125
43. Fracture du col du fémur. Difficulté du diagnostic. De la mensuration des membres. — Hôpital de la Charité. — M. *Velpeau*. 299
MÉDECINE OPÉRATOIRE. — 15. Deux hernies étranglées sur la même personne; opération ; mort ; par M *Richet*. 137
30. Paracentèse de la vessie par le rectum, pour une rétention d'urine ; par M. *Linoli*. 265
31. Excision d'une portion du foie, faite chez un homme vivant ; communiquée par M. *Macpherson*. 267
32. Anévrysme poplité traité par les courants électriques; par M. *Ciniselli*. 268
33. Ligature de l'artère tibiale postérieure pour une plaie ; par M. *Ch. Hall*. 272
34. Cas d'amputation de la cuisse dans l'articulation coxo-fémorale, suivi de guérison ; par M. *Williams Sands Cox*. 273
35. Guérison d'un éléphantiasis scrotal à l'aide d'une opération. 275
OPHTHALMOLOGIE. — 16. Sur une espèce particulière d'exophthalmos produit par l'hypertrophie ou la congestion du tissu cellulo-graisseux de l'orbite, et sur le traitement qui lui convient ; par M. le docteur *Sichel*. 140
36. Preuves de la structure vasculaire de l'iris, controversée jusqu'ici ; par M. *Gaddi*. 276
37. Plaie de la cornée par une esquille de bois ; iritis consécutive et procidence partielle de l'iris ; par M. le docteur *Bazzoni*. 277
38. Proposition d'un moyen pour rendre plus utiles certaines pupilles artificielles ; par M. *Trinchinetti*. 278

IX. MALADIES SYPHILITIQUES.

17. Mémoire sur un état inflammatoire simple, se manifestant quelquefois à la suite des accidents vénériens primitifs, et pouvant simuler une syphilis constitutionnelle ; par M. *Diday*. 149
18. Mémoire sur le testicule syphilitique ; par le docteur *J. Hélot*. 160
19. De l'urétrite chez la femme ; par *J. Boys de Loury* et *H. Costilhes*. 174

SOCIÉTÉS SAVANTES.

ACADÉMIE royale des sciences de Paris. (Séances des 1er et 8 juin.) — Recherches sur le sang. 180. — Traitement de la morve aiguë. 185. — Instrument pulvérisateur. — Nouveau moyen d'exploration. Stéréoscope. 186. — Conservation des substances animales par le nitrate de plomb. 187.
ACADÉMIE royale de médecine de Paris. (Séances des 2 et 9 juin.) — Lithyménie. — Coarctations de l'urètre. 188. — Peste; quarantaines. 189-239.

NOTICE BIBLIOGRAPHIQUE.

19. Quelques considérations pour servir à l'histoire de l'arthrite blennorrhagique; par le docteur *Foucart*. 279

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE. 284-292

MÉLANGES.

20. Sur la dépuration du sang; par le docteur *Barlow*. 240

TABLE

DES MATIÈRES PAR ORDRE DE JOURNAUX. — 166e VOLUME.

7e SÉRIE, TOME VI. — JUIN 1846.

REPRODUCTION ET REVUE DES JOURNAUX ÉTRANGERS.

BULLETIN GÉNÉRAL DE THÉRAPEUTIQUE (avril et mai 1846).

Latour (Amédée). Considérations pratiques sur les causes, la nature, le diagnostic et le traitement des gaz développés dans les voies digestives. 55
Remarques pratiques sur quelques points du traitement des affections papuleuses et sur l'emploi, dans ces cas, d'une pommade créosotée. 68
Dauvergne (A.). Quelques principes thérapeutiques à propos du musc et de l'ataxie. 75
Forget (Am.). Recherches sur les corps fibreux et les polypes de l'utérus considérés pendant la grossesse et après l'accouchement. 101
Sur les granulations et l'étroitesse de la cavité du col de l'utérus, et des moyens qu'on peut opposer à ce genre d'affections. 116
Sichel. Sur une espèce particulière d'exophthalmos produit par l'hypertrophie ou la congestion du tissu cellulo-graisseux de l'orbite, et sur le traitement qui lui convient. 140

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS (Nos 17, 20, 21, 22, 23, 24; 1846).

Ozanam (Charles). Recherches sur les formes de l'ictère essentielle. 15
Schutzenberger (Ch.). Etudes sur les causes organiques et le mode de production des affections dites hystériques. 27
Boucher (Paul). Recherches sur l'action physiologique et thérapeutique du sulfate de quinine à haute dose dans la fièvre typhoïde. 85
Maslieurat-Lagémard (G. E.). De la crépitation comme moyen de diagnostic dans les maladies chirurgicales. 125
Diday. Mémoire sur un état inflammatoire simple, se manifestant quelquefois à la suite des accidents vénériens primitifs, et pouvant simuler une syphilis constitutionnelle. 149
Boys de Loury (J.) et *Costilhes* (H.). De l'urétrite chez la femme. 174
Foucart. Quelques considérations pour servir à l'histoire de l'arthrite blennorrhagique. 279

GAZETTE DES HÔPITAUX (Nos 58, 67, 68, 69; 1846).

Chomel. Anémie. Affection organique probable de l'estomac. 60
Guersant fils. Traitement chirurgical du croup. 119
Fracture des deux os de l'avant-bras. 124
Richet. Deux hernies étranglées sur la même personne; opération; mort. 137
Velpeau. Fracture du col du fémur. Difficulté du diagnostic. De la mensuration des membres. 299

JOURNAL DE MÉDECINE DE BORDEAUX (mai 1846).

Thouvenin. De l'influence que l'industrie exerce sur la santé des populations dans les grands centres manufacturiers. 1

JOURNAL DE MÉDECINE DE M. TROUSSEAU (mai 1846).

Delpech (A.). Mémoire sur les spasmes musculaires idiopathiques et sur la paralysie essentielle. 48

JOURNAL DE MÉD. ET DE CHIR. PRATIQUES (janvier, février et juin 1846.)

Caron. Des inconvénients de l'alimentation par le café au lait. 292
Martin-Magron. Traitement rationnel du diabète par les substances alcalines. 295

JOURNAL DE CHIRURGIE DE M. MALGAIGNE (mai et juin 1846.)

Hélot (J.). Mémoire sur le testicule syphilitique. 160
Reymonet. De l'emploi du calomel dans l'infection purulente. 298

JOURNAUX ANGLAIS ET AMÉRICAINS.

THE DUBLIN HOSPITAL GAZETTE.

O'Ferrall. Efficacité de l'acétate de plomb et de la teinture de chlorhydrate de fer dans l'albuminurie scarlatineuse. 258

LONDON MED. GAZETTE.

Barlow. Sur la dépuration du sang. 240
Campbell. Cas d'obstruction des intestins par un gros calcul. 245
Glover. Cas de sialorrhée, avec analyse de la salive et de l'urine. 247
Radford (Th.). Sur l'application du galvanisme dans un cas de métrorrhagie accidentelle. 252
Bell (Joseph). De l'inflammation phlegmoneuse du bassin. 263
Macpherson. Excision d'une portion du foie, faite chez un homme vivant. 267
Hall (Ch.). Ligature de l'artère tibiale postérieure pour une plaie. 272
Sands Cox (Williams). Cas d'amputation de la cuisse dans l'articulation coxo-fémorale, suivi de guérison. 273

MONTHLY JOURNAL OF MED. SCIENCE.

Spencer Thomson. Note sur les huiles de ricin et de croton tiglium dans certaines maladies de l'enfance. 253

JOURNAUX ITALIENS.

ANNALI UNIVERSALI DI MED.

Sur la chorée électrique. 248
Devilliers fils. Accouchement prématuré périodique. 260
Guérison d'un éléphantiasis scrotal à l'aide d'une opération. 275

GIORNALE DELLE SCIENZE MEDICHE DI TORINO.

Silvano. Deux cas d'inflammation de l'appareil gastro-intestinal, étendue au plexus solaire et au ganglion semi-lunaire, vérifiée à l'autopsie. 243

GAZETTA MEDICA DI MILANO.

Cinisselli. Anévrysme poplité traité par les courants électriques. 268
Bazzoni. Plaie de la cornée par une esquille de bois; iritis consécutive et procidence partielle de l'iris. 277
Trinchinetti. Proposition d'un moyen pour rendre plus utiles certaines pupilles artificielles. 278

IL RACCOGLITORE MEDICO.

Linoli. Paracentèse de la vessie par le rectum, pour une rétention d'urine. 265
Gaddi. Preuves de la structure vasculaire de l'iris, controversée jusqu'ici. 276